

University of Groningen

## Gesprekspartners? Taalontwikkelingsstoornissen als pedagogisch probleem : een verkenning

Goorhuis-Brouwer, Siena Marjan

**IMPORTANT NOTE:** You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

1988

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Goorhuis-Brouwer, S. M. (1988). *Gesprekspartners? Taalontwikkelingsstoornissen als pedagogisch probleem : een verkenning*. [, Rijksuniversiteit Groningen]. [S.n.].

### Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

### Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.



# Gesprekspartners?

---

Taalontwikkelingsstoornissen  
als pedagogisch probleem, een verkenning

---

**Gesprekspartners?**



# Stellingen

- 1 Ouders van taalgestoorde kinderen vinden niet gemakkelijk gesprekspartners
- 2 Dat jongens vaker dan meisjes taalgestoord zijn heeft in ieder geval te maken met biologisch-genetische factoren, maar het is niet uitgesloten dat ook sociaal-culturele invloeden een rol spelen
- 3 Bij het diagnostiseren van taalontwikkelingsstoornissen is het vaststellen van de mate van taalbegrip belangrijker dan de analyse van de taalproductie
- 4 Ouders hechten een – subjectieve – betekenis aan een taalontwikkelingsstoornis. De hulpverlening zal met dit gegeven van uniciteit rekening moeten houden.
- 5 Het feit dat ouders van taalgestoorde kinderen het spreken van hun kind minder stimuleren dan andere ouders is eerder het gevolg dan de oorzaak van de betreffende stoornis.
- 6 Alleen al het stellen van een diagnose heeft pedagogische effecten
- 7 De wijze waarop ouders het totale functioneren van hun kind beleven wordt negatief gekleurd door de aanwezigheid van een taalontwikkelingsstoornis
- 8 Het oor kan de klankkleur van een stem bepalen, niet de 'belastbaarheid' ervan  
(H.K. Schutte, *Systematik der Sprechstimmerkrankungen. Aufforderung zur Diskussion*. Proceedings 14e UEP-Congres, Dresden, 1987)
- 9 Het onderscheid tussen 'voorbereiding op opvoeding' en 'opvoeding' zou ook ten aanzien van de godsdienstige vorming gehanteerd moeten worden
- 10 Stem-, spraak- en taalstoornissen dienen pas tot het werkterrein van logopedisten gerekend te worden als daar op medische en/of pedagogisch-psychologische gronden indicaties voor zijn
- 11 Een universitaire opleiding voor stem-, spraak- en taalpathologie dient uit te gaan van een medische faculteit

- 12 Aardgaswinning verhoogt de menselijke welvaart maar verlaagt de bestaansgrond; doet deze in Drenthe zelfs beven  
(M.W. van der Sluis, *Ruimtelijk geologisch model ter verklaring van de instabiliteit van de ondergrond in Noordoost-Nederland en mogelijke economische en planologische gevolgen*. Deel 1, 1988).
- 13 Als je iemand op de kast wilt jagen, moet je wel weten of hij kan klimmen

RIJKSUNIVERSITEIT GRONINGEN

# Gesprekspartners?

*Taalontwikkelingsstoornissen als pedagogisch  
probleem, een verkenning*

## PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van het doctoraat in de  
Psychologische, pedagogische en sociologische wetenschappen  
aan de Rijksuniversiteit Groningen  
op gezag van de Rector Magnificus Dr. S.K. Kuipers  
in het openbaar te verdedigen op donderdag 14 april 1988  
des namiddags te 4.00 uur

door

*Siena Marjan Goorhuis-Brouwer*  
geboren te Groningen

Promotores: Prof. Dr. A.F. Kalverboer  
Prof: Dr. J.D. Imelman

Referent: Dr. H.K. Schutte

Promotiecommissie: Prof. Dr. J. Rispen  
Prof. Dr. P.E. Hoeksema  
Prof. Dr. W. Molenaar



Weet je wat ik zo gek vind?  
Dat wij zo snel kunnen praten.  
Je hoeft de woorden niet eens te bedenken!

*Bram, 7;0 jaar*

Voor Jan Lodewijk, Jetse en alle andere kinderen  
die eerst een beetje geholpen moe(s)ten worden,  
voordat een vanzelfsprekend proces op gang komt



# Inhoud

<b>Inleiding</b>	13
<b>I. De rol en functie van de taal in het algemeen</b>	15
<b>II. Taalontwikkelingsstoornissen</b>	20
1. Inleiding	20
2. Geschiedenis	21
2.1. Vóór de Tweede Wereldoorlog	21
2.2. Na de Tweede Wereldoorlog	24
a. <i>Behaviourisme</i>	25
b. <i>Generatief-syntactische theorieën</i>	26
c. <i>Generatief-semantictheorieën</i>	27
d. <i>Pragmatiek</i>	29
2.3. Huidige stand van zaken	31
<b>III. Oorzaken van taalontwikkelingsstoornissen</b>	34
1. Gehoorstoornissen	34
a. <i>Otitis media serosa (glue ears)</i>	35
b. <i>Otitis media acuta</i>	36
c. <i>Otitis media chronica</i>	36
2. Afwijkingen aan de spraakorganen	36
a. <i>Lip-, kaak- en gehemeltepleet (cheilo-gnato-palato-schisis)</i>	37
b. <i>Ankyloglossie</i>	37
c. <i>Microglossie of macroglossie</i>	37
d. <i>Congenitaal te kort verhemelte</i>	37
3. Onvoldoende motorische beheersing over de spraakorganen	38
4. Vroegkinderlijke hersenbeschadiging	38
5. Taalaanbod vanuit de omgeving	38
6. Cognitie	39
7. Emotionele ontwikkeling	40
8. Genetische factoren	40
9. Samenvatting	41
<b>IV. De gevolgen van taalontwikkelingsstoornissen</b>	42
1. De mogelijke gevolgen van taalontwikkelingsstoornissen op het gedrag van het kind	42

2. De mogelijke gevolgen van taalontwikkelingsstoornissen op leerprestaties	44
3. De relatie tussen taalontwikkelingsstoornissen, opvoedingsproblemen, gedrag en leerprestaties	45
3.1 Voorstudie	46
3.1.1. Onderzoeksopzet	46
3.1.2. Resultaten van de voorstudie	47
<i>a. Kenmerken van de populatie</i>	47
<i>b. Gedragskenmerken van het taalgestoorde kind</i>	47
<i>c. Problemen zoals die door de ouders worden ervaren</i>	47
<i>d. Ouders die opvoedingsproblemen ervaren</i>	48
<i>e. Ouders die geen opvoedingsproblemen ervaren</i>	48
<i>f. Problemen met het aangaan van sociale contacten</i>	49
3.1.3. Conclusie vanuit de voorstudie	49
4. Samenvatting en conclusie met betrekking tot de gevolgen van taalontwikkelingsstoornissen	49
<b>V. Vragen, uitgangspunten voor het onderzoek</b>	51
1. Vragen	51
2. Uitgangspunten voor en opzet van het onderzoek	53
2.1. Populatie	53
2.2. Het verschijnsel taalontwikkelingsstoornis	54
2.2.1. De wijze waarop de vermoede taalontwikkelingsstoornis wordt bevestigd	55
2.2.2. Het opsporen van de mogelijke oorzaken van taalontwikkelingsstoornissen	59
2.2.2.1. Foniatisch onderzoek	59
<i>a. Het gehoor</i>	59
<i>b. De anatomische aspecten en functionele mogelijkheden van de spraakorganen</i>	60
<i>c. Neurologische ontwikkeling</i>	61
<i>d. Samenvatting medisch onderzoek</i>	62
2.2.2.2. Psychologisch-pedagogisch onderzoek	62
<i>a. De intelligentie</i>	62
<i>b. De emotionele ontwikkeling</i>	63
<i>c. De mate waarin de situatie thuis de taalontwikkeling van het kind stimuleert</i>	64
<i>d. Samenvatting psychologisch-pedagogisch onderzoek</i>	64
2.3. Beleving van de ouders	65
2.3.1. Ouderlijke gedachten ten aanzien van de taalproblematiek	65
2.3.2. Ouderlijke ideeën ten aanzien van de mogelijke oorzaken	66
2.3.3. Eigen emoties van de ouders rond de taalproblematiek	66
2.3.4. Ouderlijke beleving ten aanzien van het gedrag van het kind	67
2.3.5. De ouderlijke beleving ten aanzien van de omgangsvorm met het kind	67
2.4. Herhaling van delen van het onderzoek na vier maanden	68
2.5. Samenvatting onderzoek	69
2.6. Tijdsplan van de verschillende onderzoeken	69

<b>VI. Resultaten</b>	71
1. Populatie	71
2. Het verschijnsel taalontwikkelingsstoornis	72
2.1. De aard van de taalontwikkelingsstoornissen	72
2.1.1. Het taalbegrip	72
2.1.2. De taalproductie	73
2.1.3. Het taalgebruik	73
2.1.4. De samenhang tussen taalbegrip, taalproductie en taalgebruik	74
<i>a. Taalgestoorde kinderen met een goed taalbegrip</i>	75
<i>b. Taalgestoorde kinderen met een voldoende taalbegrip</i>	75
<i>c. Taalgestoorde kinderen met een onvoldoende taalbegrip</i>	76
<i>d. Taalgestoorde kinderen die niet op de taalbegripstest reageren</i>	77
2.1.4.1. Conclusie met betrekking tot de samenhang tussen taalbegrip, taalproductie en taalgebruik (communicatieve ontwikkeling)	77
2.2. Oorzaken van taalontwikkelingsstoornissen	78
2.2.1. Medische anamnese	79
2.2.2. Stimulatie thuis	80
<i>a. Resultaten pedagogische anamnese</i>	80
<i>b. Resultaten HOME</i>	81
2.2.3. Vastgestelde oorzakelijke of beïnvloedende factoren voor de aanwezige taalontwikkelingsstoornissen	81
2.2.4. Adviezen die aan de ouders zijn gegeven	83
3. De beleving van de ouders	84
3.1. Ouderlijke beleving ten aanzien van de taalproblematiek	84
3.1.1. Ouderlijke beleving ten aanzien van het taalbegrip van hun kind	85
3.1.2. Ouderlijke beleving ten aanzien van de taalproductie van hun kind	85
3.1.3. Ouderlijke beleving ten aanzien van het communicatieve gedrag van hun kind	87
3.1.4. Ouderlijke ideeën ten aanzien van normale spreekprestaties bij kinderen tussen twee en drie jaar	88
3.1.5. Conclusie ouderlijke beleving ten aanzien van de taalproblematiek	89
3.2. Ouderlijke ideeën ten aanzien van de mogelijke oorzaken van de taalproblematiek	90
3.3. Ouderlijke beleving ten aanzien van de eigen emoties rond de taalproblematiek van het kind	91
3.3.1. Ongerustheid van de ouders bij onvoldoende spreken van het kind	91
<i>a. Ongerustheid van de ouders</i>	91
<i>b. Wanneer zijn de ouders zich ongerust gaan maken?</i>	91
<i>c. Hebben de ouders met anderen gesproken over de taalproblemen van hun kind? Hoe waren de reacties?</i>	92
<i>d. Verwijzing</i>	93
3.3.1.1. Conclusie	93

3.3.2. Gevoelens van ouders die door de taalstoornis van het kind worden opgeroepen	93
3.3.3. Zijn ouders bang voor bepaalde gevolgen of effecten van taalontwikkelingsstoornissen?	95
3.3.4. Samenvatting ouderlijke beleving ten aanzien van de emoties rond de taalproblematiek van het kind	95
3.4. Ouderlijke beleving ten aanzien van het gedrag van het kind, zowel thuis als in contacten met anderen	96
3.4.1. Het gedrag van het kind thuis	96
<i>a. Gegevens vanuit de vragenlijst 'Gedrag en Taalontwikkeling 2- en 3-jarigen'</i>	96
<i>b. Gegevens vanuit het interview</i>	96
3.4.2. De sociale betrekkingen van het kind	97
3.4.3. Samenvatting van de ouderlijke beleving ten aanzien van het gedrag van het kind	99
3.5. Ouderlijke beleving ten aanzien van de omgangsvorm met het kind	99
3.5.1. Samenvatting ouderlijke beleving ten aanzien van de omgangsvorm met het kind	100
4. Herhaling van delen van het onderzoek na vier maanden	100
4.1. Veranderingen in het taalgedrag	101
4.1.1. Samenhang tussen taalbegrip, taalproductie en communicatie	102
4.1.2. Samenvatting veranderingen in het taalgedrag	103
4.2. Veranderingen in het gedrag van het kind thuis en in contact met anderen	103
4.2.1. Veranderingen in het gedrag van het kind thuis	103
4.2.2. Veranderingen in het contact met andere kinderen	104
4.3. Veranderingen in de omgang met het kind	104
4.4. Veranderingen wat betreft KNO- en audiologische aspecten	105
<b>VII. Discussie en voorstellen tot verder onderzoek</b>	107
1. Populatie	107
2. Het verschijnsel taalontwikkelingsstoornis	109
3. Beleving van de ouders	112
3.1. Ouderlijke beleving ten aanzien van de taalprestaties	113
3.2. Ouderlijke ideeën ten aanzien van oorzaken en effecten van taalontwikkelingsstoornissen	114
3.3. Ouderlijke beleving ten aanzien van het gedrag van het kind thuis en in contact met andere kinderen	116
3.4. De omgangsvorm tussen ouders en kind	117
4. Samenvatting resultaten en aanbevelingen	118
 <b>Dankwoord</b>	 120
<b>Samenvatting</b>	121
<b>Summary</b>	125

## **Literatuur**

128

## **Bijlagen**

1. Checklist onderzoek interactie taalontwikkelingsstoornissen  
en milieu bij kinderen tussen 1;6 en 3;0 jaar 141
2. Vragenlijst gedrag en taalontwikkeling 2- en 3-jarigen 175





# Inleiding

Stem-, spraak- en taalpathologie is een interdisciplinair vak. In eerste instantie ontstond de belangstelling voor afwijkingen in de stemgeving en het spraak- en taalgebruik vanuit de medische wetenschappen. Gaandeweg gingen ook andere wetenschappen zich voor deze afwijkingen interesseren. Nu houden vele wetenschappelijke disciplines, elk vanuit een eigen visie, zich met dit vak bezig. De stem-, spraak- en taalpathologie wordt onder andere onderzocht binnen:

- a) *De psychologie.* Binnen de psychologie wordt aandacht besteed aan de normale en afwijkende communicatieve ontwikkeling. Zowel de verbale als de non-verbale communicatie worden bestudeerd; factoren die van invloed zijn op deze communicatie worden in kaart gebracht. Veel studie wordt verricht op het terrein van de moeder-kind interactie. Ook houdt men zich uitgebreid bezig met de relatie tussen taal en denken.
- b) *De pedagogiek.* De interactie tussen milieu, opvoeding en taalontwikkeling vormt al sinds jaar en dag een belangrijk onderwerp van studie.
- c) *De fonetiek.* Akoestische en articulatorische processen die een rol spelen bij de klankvorming, alsmede de fysiologische processen die een rol spelen bij de stemvorming, zijn hier onderwerp van studie.
- d) *De linguïstiek.* Binnen de linguïstiek wordt gezocht naar talige en niet-talige karakteristieken die ten grondslag liggen aan bepaalde spraak- en taalstoornissen. Groot belang wordt gehecht aan uitvoerige beschrijvingen van gevonden taalpatronen en hun pragmatische context.
- e) *De medische wetenschappen.* Met name vanuit de keel-, neus- en oorheelkunde en vanuit de neurologie wordt research verricht op het gebied van stem-, spraak- en taalstoornissen. Deze richt zich voornamelijk op beïnvloedende en etiologische factoren van organische en functionele aard. In relatie tot taal en taalstoornissen kan bijvoorbeeld gedacht worden aan perceptie onderzoek, lateralisatie-proeven en 'brain mapping'. Ook worden mogelijkheden tot interventie bij stem-, spraak- en taalstoornissen vanuit de medische wetenschappen onderzocht.

Dat vele wetenschappelijke disciplines zich met de stem-, spraak- en taalpathologie bezighouden is op zichzelf geen bijzonder of nieuw verschijnsel, wanneer we ons realiseren dat het bij afwijkend stem-, spraak- en taalgebruik gaat om afwijkingen in menselijk gedrag en handelen. Voor de beschrijving en verklaring hiervan kan men met behulp van uiteenlopende theoretische noties zoeken naar relaties tussen verschijnselen. Dergelijke paradigmatische benaderingen doen niet alleen de fysische, chemische, anatomisch-biochemische, fysiologische, psychologische, sociaal-psychologische en sociologische disciplines van elkaar ver-

schillen, maar zorgen ook voor theoretische verschillen binnen de wetenschappen afzonderlijk. Hoezeer dit metawetenschappelijk inzicht ook gemeengoed lijkt, in de wereld van de orthopedagogische en klinisch-psychologische diagnostiek en advisering worden hieruit nog niet steeds consequenties getrokken (Bosman, 1987). Men bekent zich in de praktijk van de advisering nog maar al te vaak tot een bepaalde diagnostische benadering. Ook bij de beoordeling van stem-, spraak- en taalgebruik als vormen van menselijk gedrag, kan men dit verschijnsel waarnemen, al realiseren velen zich ook dat verschillende beschrijvings- en verklaringsmodellen gehanteerd kunnen worden.

Binnen de stem-, spraak- en taalpathologie behoren de spraak- en taalontwikkelingsstoornissen tot een veel beschreven probleemveld. Ook bij de beschrijving en verklaring hiervan werkt men vanuit uiteenlopende theoretische noties. In de loop van de geschiedenis krijgt de ene benadering meer accent dan een andere, hetgeen mogelijk leidt tot theoretische verdieping op verschillende deelaspecten van de totale problematiek, maar ook in het nadeel uit kan werken op de patiëntenzorg als zodanig. Zo wordt de laatste jaren bijvoorbeeld veel tijd en aandacht besteed aan het ontwikkelen van methoden van analyse van taalontwikkelingsstoornissen bij kinderen. Op zichzelf zijn deze analysemethoden nuttig en zijn ze een belangrijk onderdeel geworden bij het stellen van een diagnose "taalontwikkelingsstoornis". Echter, wanneer een dergelijke analyse niet wordt geplaatst tegen een achtergrond van medische gegevens en sociaal psychologische/pedagogische factoren, kan geen totaal beeld gegeven worden. De analyse en herkenning van een taalontwikkelingsstoornis is op zichzelf nog niet meer dan het in kaart brengen van zekere verschijnselen; een vorm van de symptomatologie dus.

In dit proefschrift willen we spraak- en taalontwikkelingsstoornissen bij jonge kinderen begrijpen vanuit een multi-factoriële aanpak. We willen vanuit de huidige kennis met betrekking tot de relatie tussen taalontwikkeling enerzijds en de invloed van medische, psychosociale en pedagogische factoren anderzijds, de aard van taalontwikkelingsstoornissen bij jonge kinderen begrijpen. Ook de invloed van deze stoornissen op opvoeding en gedrag heeft onze belangstelling. We willen dit begrip ontwikkelen vanuit een explorerend onderzoek bij jonge taalgestoorde kinderen (Hoofdstuk V, VI).

De uitgangspunten voor het onderzoek zijn gelegen in theoretische overwegingen met betrekking tot de rol en functie van de taal in het algemeen (Hoofdstuk I) en de gevolgen of effecten die taalontwikkelingsstoornissen zouden hebben zowel op de opvoeding als op sociale betrekkingen (Hoofdstuk IV). Het begrip taalontwikkelingsstoornis wordt verduidelijkt vanuit historisch perspectief (Hoofdstuk II), terwijl de mogelijke oorzaken van taalontwikkelingsstoornissen worden belicht vanuit verschillende benaderingswijzen (medisch, psychologisch, pedagogisch)(Hoofdstuk III).

In Hoofdstuk VII worden de resultaten van het onderzoek bediscussieerd en worden aanzetten gegeven tot verder onderzoek.

# I. De rol en functie van de taal in het algemeen

Language most shewet a man  
Speak that I may see thee

*Ben Jonson (1573-1637)*

Over het algemeen gaat men ervan uit dat taal, taalbegrip en taalgebruik, zowel bij de menswording van ieder individu, als in het tussenmenselijk verkeer een essentiële rol speelt. Van alle talige uitingvormen, waaronder gebarentaal, lichaamstaal en ook morsetaal, is met name de gesproken taal het meest verbonden met de menselijke communicatie. De mens wordt gezien als een homo loquens (Fry 1977). Of de mens, zonder de beschikking te hebben over gesproken taal, ooit volledig mens kan worden, staat eigenlijk nauwelijks ter discussie. Buber (1962, p.449) stelt: "Das Geheimnis der Sprachwerdung und das der Menschwerdung sind eins". Litt (1927, 1965, p.73) omschrijft het belang van de gesproken taal in relatie tot de menselijke existentie als volgt:

"Das Wunderwerk der Sprache ist nicht nur mit den Bedingungen der menschlichen Existenz als solcher, sondern auch mit den Grundgefüge alles wahrhaft geistigen Seins in einer Innigkeit verwachsen, die einem Zweifel and ihrem Bildungsgehalt kaum Raum gibt".

De gesproken taal brengt de mens een wereld binnen die onafhankelijk van materiële betrekkingen kan bestaan. De gesproken taal maakt gebruik van een tekensysteem waardoor mensen zich los kunnen maken uit de ogenblikkelijke doorleving (Hollenbach 1959, Foucault 1966, Kohnstamm 1928, 1967, Mooy 1975). De gesproken taal is daardoor niet alleen communicatiemiddel, maar ook zingeving (Kwant 1963).

De pedagogische wereld rond doven en slechthorenden kent, mede op basis van de essentiële rol die aan taal wordt toegekend, verhitte discussies wanneer het gaat om de keuze tussen het aanleren van gebarentaal of gesproken taal (zo dit al een keuze zou kunnen zijn). De vraag hierbij is of een gebarentaal evenals een orale taal 'bevrijdend' kan werken (Van Dijk 1982); bevrijdend in die zin dat de gebarentaal net als de orale taal het hier en nu kan overstijgen.

De taalfunctie die het meest bewerkstelligt dat taal teken is en daarmee de mogelijkheid schept voor mensen om zich los te maken uit de ogenblikkelijke doorleving, het hier en het nu is de 'Darstellung' (Bühler 1934, 1965). Bühler beschrijft de taal als een systeem, waarbij men te maken heeft met een zender, een boodschap en een ontvanger. De zender of spreker geeft uitdrukking ('Ausdruck') aan bepaalde ideeën, emoties etc. door gebruik te maken van klanken en woorden. Deze klanken en woorden verwijzen niet alleen naar de persoonlijkheid van de spreker, maar ook naar een objectieve werkelijkheid. Bühler noemt dit de verwijzende functie van de taal, de 'Darstellung'. De ontvanger of luisteraar vervolgens ontvangt de uitdrukking van de spreker en deze uitdrukking doet al dan niet een appel op hem. De mate waarin de klanken en woorden een appel

doen op de luisteraar is mede afhankelijk van de kennis die de luisteraar heeft van de objectieve werkelijkheid, waarnaar de uitgesproken woorden verwijzen. Ook de gemoedstoestand van de luisteraar speelt een rol. Taal is dus een gebeuren tussen mensen, onder verwijzing naar een werkelijkheid die ook los van de onmiddellijke beleving blijft bestaan en bestond. Door gebruik te maken van de Darstellungsfunctie van de taal wordt de mens in een sociale werkelijkheid geplaatst die van een andere orde is dan de sociale werkelijkheid die aanwezig is voordat van die Darstellungsfunctie gebruik gemaakt kan worden.

De Darstellung maakt een relatie driepolig in plaats van tweepolig. We kunnen dit o.a. ook in het normale taalontwikkelingsproces waarnemen. Ouders en kinderen communiceren met elkaar ook al voordat het eerste woord door het kind wordt gesproken. De vroege non-verbale communicatie veronderstelt ook sociale betrokkenheid. De sociale betrokkenheid gaat echter hoofdzakelijk uit van de ouders. Deze brengen de communicatie met hun kind op gang door o.a. wijzen, gebaren, klankspelletjes (Bruner 1977, Trevarthen 1979, Bullowa 1979, Schaffer 1977, 1978). Ook lichamelijk contact speelt hierbij een rol, zoals aanraken, strelen etc. De vroege non-verbale communicatie wordt beheerst door twee taalfuncties, de 'Ausdruck' en het 'Appel'. Ouders en kind gaan een dialoog met elkaar aan zonder dat het duidelijk "ergens over gaat". De dialoog die tussen ouders en kind plaatsvindt, wordt in eerste instantie op initiatief van de ouders gaande gehouden, vandaar dat ook wel gesproken wordt van een pseudo-dialoog (Spiecker e.a. 1982). Ze reageren op reacties van de baby en doen alsof deze reeds communicatieve betekenis hebben. Het gedrag van de ouders alterneert met dat van het kind, zonder dat de ouders zich passief bij het gedrag van het kind aansluiten. In feite imiteren de ouders het gedrag van hun kind. De eerste stappen die de ouders zetten om de dialoog met het kind op gang te brengen, zijn imiterend. Ze bieden het kind als het ware een biologische spiegel aan. Dit verschijnsel maakt deel uit van 'intuitive parenting' (Papousek en Papousek 1975). Het kind imiteert vervolgens weer de ouders. Deze sequences doen zich voor lang voor het moment dat het kind overeenkomsten tussen eigen gedrag en het gedrag van de sociale partner zou kunnen opmerken (Kalverboer 1979).

Naarmate het kind ouder wordt, neemt de wederkerigheid in de communicatie toe en tussen ca. zes en tien maanden is het kind door de dialoog met zijn ouders enigermate ingespeeld op de talige omgeving. Het gevolg hiervan is dat het kind door middel van het produceren van klanken de omgeving uitdaagt om eveneens klanken en geluiden te produceren. Ook gaat het kind zijn eigen brabbelpatroon afstemmen op het klankpatroon van de omgeving. Het brabbelpatroon, dat tot nu toe voornamelijk bepaald werd door motorische ontwikkeling op basis van neurofysiologische rijpingsprocessen, wordt door de sociale interactie met de ouders taalspecifiek (Illingworth 1980). Het kind gaat zich actief afstemmen op de omgeving. Het herkenbare, verbale communicatieproces, de spraak- en taalontwikkeling is hiermee begonnen.

De ontwikkeling van de vroegste geluidgeving naar taalgebruik is *continu*, waarbij het brabbelen, gedefinieerd als 'het herhalen van articulatiebewegingen tijdens doorlopende of onderbroken stemgeving binnen één enkele ademenheid' (Koopmans-van Deinum en Van der Stelt 1981, p. 324), een vooroefening is voor de vorming van de latere spraakklanken. De ontwikkeling is *discontinu* voorzover de sociale interactie met de ouders noodzakelijk is om deze spraakklanken betekenisdragend te laten zijn. We kunnen zeggen dat de spraakontwikkeling, dat

wil zeggen de articulomotorische ontwikkeling, bij de geboorte begint en dat de taalontwikkeling, dat wil zeggen de semantische, syntactische en pragmatische ontwikkeling, begint vanaf het moment dat de sociale interactie tussen ouders en kinderen over en weer betekenisdragend wordt. Het menselijk communicatie systeem is daardoor meer dan spraak (Van der Stelt 1979): het is spraak en taal.

Op het moment dat het kind de eerste woorden gaat spreken, begint van de kant van het kind de Darstellungsfunctie van de taal een rol te spelen. De wereld van het kind krijgt hierdoor een extra dimensie. Naast de emotionele wereld, die verbonden is aan het emotionele contact en de dialoog met de ouders, wordt nu ook een deur geopend naar een objectieve wereld, een wereld die los van de directe waarneming bestaat. Strasser (1962) stelt dat van het woord een objectiverende kracht uitgaat. Door het woord komt een dialoog tot stand en in de dialoog wordt een 'wereld-voor-ons' tot werkelijkheid.

Door het gesproken woord verandert dus de relatie van de individuele mens met de wereld. De relatie wordt van een andere orde. Helen Keller (1902, 1954, p.36) heeft dit wel op heel bijzondere wijze onder woorden gebracht:

"I stood still, my whole attention was fixed upon the motions of her fingers. Suddenly I felt a misty consciousness as of something forgotten - a thrill of returning thought; and somehow the mystery of language was revealed to me. I knew then that "w-a-t-e-r" meant the wonderful cool something that was flowing over my hand. That living word awakened my soul, gave it light, hope, joy, set it free!"

Het gesproken woord verandert echter niet alleen de relatie met de wereld, maar ook de relatie met andere mensen. De bewustwording van de ander als persoon neemt een aanvang (Levinas 1969, p.90):

"Sprekend brengt een oorspronkelijke relatie teweeg. De functie van de taal moet men niet zien als iets dat ondergeschikt is aan het bewustzijn of de nabijheid van de ander of van de verbondenheid met hem, maar wel als een voorwaarde voor deze "bewustwording"."

Door met de ander te spreken wordt de ander begrepen en als persoon herkend. De basis voor de sociale contacten wordt op deze manier mede bepaald.

Ook in de opvoeding speelt het vermogen tot verbale communicatie een belangrijke rol. Onder anderen Rousseau (1762, 1980) heeft dit in 'Emile' duidelijk verwoord. Al of niet expliciet uitgesproken gaan vrijwel alle pedagogen er vanuit dat het gesprek tussen opvoeder en opvoeding in de opvoeding een belangrijke rol speelt. Dit gesprek bewerkstelligt de pedagogische ontmoeting tussen opvoeder en opvoeding (Buber 1962, 1970, Bos 1982), waardoor opvoeding mogelijk wordt. Opvoeding houdt inleiden in betekenissen in. De opvoeder heeft tot taak het kind te leren persoon te worden en als subject te betrekken op de wereld (Imelman 1974, 1982, Strasser 1970). Het kind moet uit de fase van ongescheiden subject - objectbeleving geleid worden. Opvoeding vindt plaats wanneer de opvoeder aan het kind iets wil leren en daarbij tegelijkertijd rekening houdt met het eigen karakter van het kind. Dit eigen karakter wordt de opvoeder tenminste enigszins duidelijk wanneer het kind zijn wensen, vragen etc. onder woorden kan brengen en wanneer de opvoeder hierover met het kind in gesprek raakt. Daarnaast dient het gesprek om de betekenissen, de kennis die de opvoeder wil overdragen op haar geldigheid te beoordelen. Opvoeding kent openheid van kennis en betekenis. De opvoeder moet de waarom-vraag van het kind zowel naar kennis als naar ethische norm kunnen be- en verantwoorden.

Het doel en de bestemming van het pedagogisch handelen is de zelfontplooiing van de opvoeding, zodat deze naar eigen inzicht en eigen verantwoording deel kan nemen aan de maatschappelijke ordening. Imelman (1982, p. 109) omschrijft opvoeding als die sociale realiteit waarin volwassen personen kinderen zo inleiden in betekenissen, dat dezen op hun beurt straks als persoon betekenisgevend en op grond daarvan, handelend en waarderend in de wereld staan.

Op grond van het belang dat aan het gesprek tussen opvoeder en opvoeding wordt toegedacht, maakt men wel onderscheid tussen voorbereidende opvoeding en 'echte' opvoeding (Litt 1927, 1965, Bollnow 1966, 1979, Kohnstamm 1928, 1967, Langeveld 1969, Imelman 1974, 1982). Strikt genomen zou in de periode, voordat het kind tot spreken is gekomen, zelfs gesproken kunnen worden van voorbereiding op de opvoeding (Imelman 1982). In de eerste levensjaren zou eerder sprake zijn van verzorging, gewoontevorming en dergelijke dan van opvoeding in de 'strengere' betekenis die we zojuist vermeldde. Ouders bereiden voor op de opvoeding door middel van een juist 'inrichten' van het milieu. Men zorgt voor situaties waarin zich op optimale wijze rijpingsprocessen kunnen verwezenlijken. De echte opvoeding kan pas beginnen wanneer het kind met taal - wat meer inhoudt dan spraak - bereikbaar wordt.

Taal, zo blijken velen op eigen wijze te zeggen, speelt zowel in de opvoeding als in de relatie van de mens tot de wereld en tot andere mensen een belangrijke rol. Taalgebruik en sociale contacten worden zelfs zó met elkaar in verband gebracht, dat gesteld wordt dat ouders vanuit de vaste overtuiging dat hun kind eens tot spreken zal komen, dit kind als baby reeds aanspreken alsof het al een persoon is (Schaffer 1977, Spiecker 1982). Het jonge kind wordt daarmee persoon-in-wording. De ouders betrekken het dag in dag uit in dialogische situaties. Er is als het ware sprake van een investering: omdat het kind zal gaan spreken en dus een sociaal wezen wordt, doen ouders reeds alsof het een sociaal wezen is. Op deze manier beredeneerd, gaat de non-verbale communicatie weliswaar vooraf aan de verbale communicatie, maar komt ze ook voort uit de verwachting van verbale communicatie. Er is de 'zekerheid' dat er straks verbaal gecommuniceerd zal worden. De ouders doen, vanuit hun besef omtrent de Darstellungsfunctie van de taal, een appel op hun kind via hun eigen 'Ausdruck'.

Op basis van de beschreven overwegingen met betrekking tot de rol en functie van de taal in het algemeen, waarbij de periode van de non-verbale communicatie een voorbereidende fase lijkt zowel op het spreken (en taalhantering in bredere zin) als op de opvoeding, zijn twee vragen interessant. In de eerste plaats willen we graag weten of ouders een voorstelling hebben van het tijdstip waarop kinderen gewoonlijk een begin maken met de verbale communicatie. Dat willen we tevens bekijken tegen de achtergrond van de verschillen die er, volgens tal van theoretische pedagogen, zou bestaan tussen de aard van de pedagogische - eventueel voor-pedagogische - benadering door ouders van sprekende en niet-sprekende kinderen tussen ca. anderhalf en drie jaar. Als ouders van verschillen in pedagogische benadering enige vermoedens zouden hebben, dan komt in de tweede plaats de vraag op in hoeverre kinderen, die nog niet spreken en via taal nog niet 'bereikbaar' zijn op een tijdstip waarop dit wel normaal wordt geacht, door ouders begrepen en 'behandeld' worden als kinderen die aan de echte, dus wederkerige, communicatie (en derhalve aan 'echte opvoeding' (Kohnstamm, Langeveld, Imelman) nog niet toe zijn, dan wel als kinderen die als het ware nog in een fase zitten die vergelijkbaar is met die van het heel kleine kind waarin de

ouders anticiperen op verbale communicatie (Schaffer, Spiecker).



## II. Taalontwikkelingsstoornissen

### II.1. Inleiding

Kinderen die nog niet spreken op een leeftijd waarop dat al wel verwacht wordt, noemt men taalgestoord. In de literatuur gaat men er vanuit dat kinderen de eerste woorden gaan spreken tussen ca. 9 en 18 maanden. De leeftijdsrange is ruim te noemen. Men is het niet zo met elkaar eens. Met name over het spreekbegin is men onzeker. Griffith (1954) vermeldt dat de eerste woorden gemiddeld met 9 maanden worden gebruikt. Gesell (1950) geeft de periode van 12 tot 15 maanden aan als spreekbegin. Bonnema en Manschot (1973) geven één jaar als gemiddelde op en Schaerlaekens (1977) zegt dat het mogelijk is dat het eerste woord pas rond 15 à 16 maanden wordt gesproken. Menuyk (1977) geeft een periode van 6 maanden op voor het spreekbegin (12-18 maanden).

Dit betekent dat, afhankelijk van de norm die men aanneemt, taalstoornissen op verschillende momenten kunnen 'ontstaan'. Wanneer men bijvoorbeeld vindt dat een kind met ca. 9 maanden de eerste woordjes moet spreken, dan is volgens die norm een niet-sprekend kind van 9 maanden taalgestoord. Het 'begin' van de taalstoornis kan - volgens andere normen dus - ook liggen tussen 12 en 18 maanden.

De laatste jaren is er naast de aandacht voor de *verbale ontwikkeling* meer en meer aandacht gekomen voor de *non-verbale ontwikkeling* (Bruner 1975, 1977, Bullowa 1979, Trevarthen 1979, Murry en Murry 1980). Afwijkingen in of een anderssoortig verloop van de non-verbale ontwikkeling kunnen ook aangeduid worden met de term 'taalontwikkelingsstoornis'. Dit maakt het er niet eenvoudiger op. Het betekent niet alleen dat het moment waarop het kind taalgestoord genoemd kan worden vervroegd is, maar ook dat onder de term 'taalontwikkelingsstoornis' een zeer heterogene groep van afwijkingen valt, afwijkingen die zowel op het verloop van de non-verbale communicatieve ontwikkeling als op het verloop van de verbale communicatieve ontwikkeling betrekking kunnen hebben. Daarbij kan het om een vertraging gaan of om een anderssoortige ontwikkeling. Van een *vertraagde ontwikkeling* wordt bijvoorbeeld gesproken wanneer de taal van een zesjarig kind kenmerken vertoont van de taal van een vierjarige en deze kenmerken niet of zelden voorkomen in de taal van een zesjarige. Van een *anderssoortige ontwikkeling* wordt gesproken wanneer de taal van een kind kenmerken vertoont die niet in een bepaalde fase van de normale taalverwerving voorkomen. De criteria waarop door bepaalde auteurs onderscheid wordt gemaakt tussen een vertraagde ontwikkeling en een afwijkende ontwikkeling zijn echter niet altijd eenduidig. De meesten definiëren taal op verschillende manieren,



gebruiken verschillende linguïstische modellen en passen verschillende criteria toe bij de selectie van subjecten voor hun onderzoek (Liles en Watt 1984).

Omdat er uiteenlopende manieren van definiëren, beschrijven en onderzoeken bestaan, zijn er ook geen algemeen geaccepteerde terminologieën. Men spreekt o.a. over 'vertraagde spraak- en taalontwikkeling', 'dysfasie', 'verbale apraxie', 'taalontwikkelingsstoornissen', 'congenitale afasie' of 'ontwikkelingsafasie'. Wel bestaat binnen de verschillende disciplines die zich heden ten dage met taalontwikkelingsstoornissen bezighouden de gewoonte om spraak- en taalontwikkelingsstoornissen te beschrijven aan de hand van de in de linguïstiek gehanteerde indeling in fonologie, semantiek, morfologie/syntaxis en pragmatiek. Men beschrijft een en ander als een stoornis in vorm, inhoud of gebruik, eventueel als een stoornis in de interactie tussen de componenten vorm, inhoud en gebruik.

Daarbij worden de vier taalniveaus verdeeld over twee taalaspecten, te weten taalreceptie en taalproductie. Men komt dan tot een schema als in tabel II-1.

**Tabel II-1**

	<i>Receptie</i>	<i>Productie</i>
<i>Fonologie</i>	Discriminatie van spraakklanken	Geïsoleerde klankvorming Klankvorming in woorden (foneeminpassing)
<i>Semantiek</i>	Woorden begrijpen Woorden kunnen verklaren	Woordvorming Woordvinding Benoemingsflexibiliteit
<i>Morfologie/Syntaxis</i>	Begrijpen van grammaticale structuren als woordvolgorde, vervoegingen en verbuigingen	Zinsopbouw (woordvolgorde) Toepassing van vervoegingen en verbuigingen
<i>Pragmatiek</i>	Begrijpen van het verband tussen verbale en non-verbale informatie	Taalgebruik in de sociale context

Het is belangrijk hier op te merken dat de klinische praktijk leert dat spraak- en taalstoornissen zelden op één niveau voorkomen (Goorhuis-Brouwer en Schutte 1984). Meestal gaat het om combinaties van problemen op het gebied van fonologie, semantiek, morfologie/syntaxis en/of pragmatiek. In verband met het overzichtskarakter van dit hoofdstuk zullen we in het nu volgende iets over de geschiedenis van de kennis van taalontwikkelingsstoornissen vertellen.

## **II.2. Geschiedenis**

### **II.2.1. Vóór de Tweede Wereldoorlog**

Gutzmann Sr. (1865-1922) was de eerste die taalontwikkelingsstoornissen bij kinderen beschreef (1893, 1912). Hij maakte melding van het feit dat er kinderen zijn die taal wel begrijpen maar deze niet spreken. Hij noemde dit verschijnsel *audimutitas* (hoorstomheid). Alhoewel Gutzmann aangaf dat de uiterlijke verschijningsvorm van de taalstoornis van deze kinderen soms doet denken aan een

aangeboren *afasie*, vond hij het toch onjuist om dit niet-spreken als een vorm van afasie te beschouwen. Afasie is een verworven taalstoornis die reeds door Kussmaul (1877, 1910) werd gedefinieerd en is gebaseerd op een verworven hersenbeschadiging. Bij de door Gutzmann beschreven kinderen was een hersenbeschadiging niet aangetoond. Ook was er geen gehoorstoornis of een verminderde intelligentie aanwezig. Als mogelijke oorzaak van *audimutitas* noemt Gutzmann de grote onderlinge verschillen tussen kinderen met betrekking tot 'Sprechlust'; tegenwoordig zouden we dit communicatieve mogelijkheden en vaardigheden noemen. Gutzmann wijst er nadrukkelijk op dat de diagnose *audimutitas* niet alleen gesteld mag worden op de uiterlijke verschijningsvorm. Altijd zal nagegaan moeten worden of het betreffende kind mogelijk toch niet, onvermoed, een (lichte) verminderde gehoorscherptheit heeft of (licht) verminderde intellectuele mogelijkheden.

"Ich gestehe ohne weiteres ein, dass es mir selbst oft genug vorgekommen ist, dass ich die Stummheit eines Kindes als reine Hörstummheit bezeichnet habe, bis sich bei nähere Beobachtung des Falles die intellektuelle oder otogene Aetiologie ergab" (1912, p.352).

*Audimutitas* onderscheidt zich volgens Gutzmann derhalve van een vorm van niet-spreken die duidelijk het gevolg is van een bepaalde onderliggende oorzaak, bijvoorbeeld onvoldoende intellectuele mogelijkheden (*mutitas idiotica*) of doofheid (*surdo mutitas*). Ook onderscheidt Gutzmann de *audimutitas* van de *mutitas physiologica*, hetgeen slaat op de 'stomheid' in de periode waarin kinderen gewoonlijk nog niet spreken, de *preverbale* periode.

Fröschels (1884-1972) maakte in diverse publikaties (1918, 1929, 1931) eveneens melding van taalontwikkelingsstoornissen bij kinderen en gebruikte eveneens de term *hoorstomheid* met als synoniem *idiopathische stomheid*. Fröschels stelde dat de taalstoornis *hoorstomheid* aanwezig is, wanneer een kind na het tweede levensjaar nog niet spreekt terwijl het wel een goed gehoor en een normale intelligentie heeft. Over de oorzaak (oorzaken) tastte Fröschels net als Gutzmann in het duister. Vanwege de ernstige gevolgen die deze taalontwikkelingsstoornis heeft voor de sociale ontwikkeling van kinderen en vanwege het feit dat de stoornis meestal niet vanzelf overgaat, pleitte Fröschels voor tijdige onderkenning ervan.

Voor de ontwikkeling van de stem-, spraak- en taalpathologie en daarmee ook voor de ontwikkeling van het begrijpen van taalontwikkelingsstoornissen bij kinderen, waren Gutzmann en Fröschels van grote betekenis. Gutzmann Sr. werd de grondlegger van de Berlijnse school met als leerlingen o.a. N. Nadoleczny (1874-1940), R. Schilling (1876-1964), M. Seeman (1892-1975), H. Stern (1877-1942), Gutzmann Jr. (1892-1972).

Fröschels werd de grondlegger van de Weense school met als leerlingen o.a. D.A. Weiss (1901-1971), G.E. Arnold (geb. 1914), F. Hogewind (1885-1955).

Het verschil tussen de beide scholen lag hoofdzakelijk in de uitgangspositie van waaruit men meende de stem-, spraak- en taalpathologie te kunnen begrijpen. Bij de Berlijners stond de fysiologie van alle bij de communicatie betrokken functies op de voorgrond. De Weners gingen eerder van een dieptepsychologische benaderingswijze uit. Beide scholen hadden gemeen dat ze voor pedagogische benaderingswijzen in de therapie kozen. Met hun beschrijving van kinderen met *audimutitas* openden Gutzmann Sr. en Fröschels bij hun leerlingen namelijk niet alleen de ogen voor taalontwikkelingsstoornissen bij kinderen, maar ook voor de inter-

actie tussen spreken, omgeving en gedrag. Kinderen moeten opgroeien in een sprekende omgeving. Ze werkten dan ook met pedagogen samen.

Bekende geschiedenissen met betrekking tot kinderen die buiten de sociale gemeenschap opgroeien, werden opnieuw verteld. Voorbeelden hiervan zijn o.a.:

- Het experiment van Pharao Pasammetich. Deze liet ca. 700 jaar v.C. (Böhme 1983), er wordt ook gesproken van ca. 250 jaar v.C. (Schilling 1956), twee pasgeboren kinderen van de buitenwereld isoleren teneinde te ontdekken wat ze zouden gaan spreken om daarmee te achterhalen wat de oudste taal en daarmee het oudste volk van de wereld zou zijn.
- Friedrich II van Hohenstaufen liet, in de dertiende eeuw, eveneens om de oorsprong van de taal te achterhalen, kinderen door doofstommen verzorgen. Deze kinderen stierven echter voordat ze volwassen werden.
- Kaspar Hauser, die in een onderaardse kelder was vastgehouden, werd in 1812 ontdekt en kon vrijwel niet spreken.
- De wilde van Averyon, die door de arts Itard in het bos werd gevonden en vervolgens werd opgevoed volgens de toenmalige praktijk van de opvoeding aan doofstommen. Spreken heeft hij echter nooit geleerd, ondanks zes jaar intensieve bemoeienis.
- De missionaris J.A.J. Singh ontdekte in Midnapore twee kinderen, die met wolven in een wolvenhol leefden. De twee meisjes werden op ongeveer anderhalf en zeven jaar geschat. Nadat deze wolfskinderen in het weeshuis van de missionaris waren opgenomen, stierf het jongste kind na een half jaar. Het oudste meisje leefde nog acht jaar, maar heeft nooit leren spreken.

Ten aanzien van deze bekende geschiedenissen of verhalen over kinderen die buiten de sociale gemeenschap opgroeiden, moeten we ons overigens wel afvragen in hoeverre fantasie en werkelijkheid door elkaar lopen. Noordam (1975) bijvoorbeeld trekt de geschiedenis van de door Singh ontdekte wolfskinderen Amala en Kamala in twijfel. De betrouwbaarheid van het document is volgens hem uiterst dubieus. De kinderen zouden in 1920 ontdekt zijn, maar het verslag dateert van 1942, waarbij niet meer te achterhalen is wat descriptie is en wat interpretatie. Volgens Noordam zijn dit verhaal en andere verhalen over wolfskinderen sprookjes die thuis horen in de dromen van de mensheid die de geheimzinnige achtergrond accentueren waaruit de mens stamt. De verhalen van de wolfskinderen zouden op dezelfde manier beschouwd moeten worden als de verhalen in Kiplings *Junglebook* en de verhalen over Tarzan. Voor de pedagogiek leveren ze geen bewijs voor de flexibiliteit van de mens, werpen ze geen licht op het thema nature versus nurture en leveren ze evenmin een bijdrage tot het betoog dat de mens opvoeding nodig heeft.

Hoezeer Noordam misschien ook gelijk kan hebben met zijn ernstige relativisering van de waarheid die in dit soort geschiedenissen besloten ligt, toch lijkt het ons dat deze verhalen een zekere betekenis niet ontzegd kan worden. In ieder geval vormen ze een illustratie van het in de loop der tijden gegroeide inzicht dat kinderen moeten opgroeien in een sprekende omgeving om tot spreken te kunnen komen. Ook recentere studies met betrekking tot gedepriiveerde kinderen (Cooperman e.a. 1972, Skuse 1984a,b) hebben geleerd dat een omgeving waarin gesproken wordt voor de taalontwikkeling van groot belang is.

Bij niet-sprekende kinderen ontdekten vertegenwoordigers van de Berlijnse en Weense school ook *effecten* op het gedrag. Zij beschreven zowel extreem verlegen gedrag als extreem koppig gedrag (Nadoleczny 1926b, Schilling 1956) als reactie

op het zelf niet-spreken. Naast de aandacht voor de interactie tussen spreken, omgeving en gedrag vragen de beide scholen ook aandacht voor oorzakelijke factoren in de medische sfeer, te weten afwijkingen aan de spraakorganen (lippen, tong, kaak, verhemelte), gehoorstoornissen, hersenbeschadigingen, psychiatrische stoornissen en intellectuele tekorten. Al gauw richtte men de aandacht niet alleen op kinderen die niet spreken, maar ook op kinderen die anders spreken dan gewoonlijk verwacht mag worden: "die verzögerte Sprachentwicklung" (de vertraagde taalontwikkeling). Het begrip 'taalontwikkelingsstoornis' werd breed opgevat. Verschillende taalproblemen bij kinderen werden bestudeerd, niet alleen het mondelinge taalgebruik, maar ook de lees- en schrijfstoornissen. Men zocht passende termen en omschrijvingen voor problemen die men tegenkwam, maar het kwam niet tot een algemeen geaccepteerde terminologie, noch tot een algemeen geaccepteerd classificatiesysteem. Om hiervan een indruk te geven onderscheiden we, op basis van Luchsinger en Arnold (1959), de volgende soorten problemen en de daarbij gehanteerde termen:

1. *Uitblijven van het spreken tot aan het einde van het derde levensjaar.*  
Verzögerte Sprachentwicklung; Alalia; Alalia prolongata; Mutitas physiologica prolongata; Kongenitale Aphasie; Idiopathische Sprachverzögerung; Idopathic language retardation.
2. *Niet spreken tot na het derde levensjaar bij een goed gehoor en een normale intelligentie. Ook is er geen aantoonbare hersenbeschadiging.*  
Hörstummheit; Audimutitas; Alalia idiopathica; Angeborene Wortstummheit; Kongenitale Aphasie; Idioglossie; Idiopathic language delay.
3. *Onvermogen om geluiden te herkennen, hetgeen de ernstigste vorm van een centrale stoornis van de akoestische waarneming is, waardoor de spraak- en taalontwikkeling verhinderd wordt.*  
Angeborene Worttaubheit; Akustische Agnosie; Sensorische Hörstummheit; Seelentaubheit; Rindentaubheit; Akustische Unerwekbarkeit; Auditory Agnosia; Congenital Auditory Imperception; Mind-deafness; Psychic Deafness; Cortical Deafness; Verbal-auditory Agnosia.
4. *Grammaticale en syntactische storingen tijdens het spreken, waardoor de vorm en opbouw van zinnen verstoord raakt.*  
Dysgrammatismus; Akataphasie.
5. *Onvermogen om bij een gemiddelde of meer dan gemiddelde intelligentie normaal lezen en schrijven te leren.*  
Angeborene Lese-Schreib-Schwäche; Kongenitale Wortblindheit; Dyslexie; Reading and writing disability; Language disability; Legasthenie.

Naast deze onderscheiden taalontwikkelingsstoornissen kende men ook nog taalstoornissen die duidelijk gevolg zijn van doofheid of ernstige slechthorendheid (audiogene dyslalie), stoornissen in het centrale zenuwstelsel (dysphasie en aphasie) of van mentale retardatie (dyslogie).

Dat de Berlijnse en Weense school niet alleen gebruik maakten van Duitse, maar ook van Engelse termen, is een gevolg van de politieke situatie in Europa. Velen moesten in de jaren dertig Europa verlaten en trokken naar de nieuwe wereld, onder wie Fröschels in 1938 en Arnold omstreeks diezelfde tijd.

## II.2.2. Na de Tweede Wereldoorlog

Na de Tweede Wereldoorlog is Europa verdeeld en raakt West-Europa inzake

taalontwikkelingsstoornissen meer en meer georiënteerd op de Engelse en Amerikaanse literatuur. Oost-Europa ging zijn eigen weg. In de Amerikaanse literatuur zijn vanaf ca. 1950 een viertal theoretische stromingen te herkennen, te weten het behaviourisme, de generatief-syntactische stroming, de generatief-semantische stroming en de pragmatiek (o.a. Lee 1974, Craig 1983, Lund en Duchan 1983).

#### *a. Behaviourisme*

In de jaren vijftig werden, mede op basis van de theorie van Skinner (1954), taal en taalgebruik gezien als gedrag. Het uitgangspunt voor het behaviourisme is dat alle gedrag, inclusief taalgedrag, waarneembaar is en geobserveerd, beschreven en gekarakteriseerd kan worden. Alle gedrag wordt bovendien geleerd, waarbij het leren afhankelijk is van stimulus en responsketens die opgebouwd worden in leerhiërarchieën. Taalontwikkelingsstoornissen zijn in deze opvatting de resultante van de interactie tussen het kind en zijn omgeving. In en door die interactie wordt de taal niet of foutief geleerd. Het afwijkende taalgedrag bij taalgestoorde kinderen wordt begrepen als gedrag dat in kwantitatief opzicht verschilt van dat van normale kinderen (Johnson e.a. 1952, Dunn 1959). De studie van de normale taalontwikkeling richt zich dan ook op het kwantificeren van elementen uit het taalgedrag bij kinderen, bijvoorbeeld op de woordenschat of op het aantal correcte articulaties behorende bij een bepaalde leeftijd (McCarthy 1954, Templin 1957). Er wordt nauwelijks of geen aandacht besteed aan factoren, anders dan omgeving, die van invloed kunnen zijn op het ontstaan van taalontwikkelingsstoornissen. Zó er enige aandacht aan wordt besteed, bijvoorbeeld aan verminderde gehoorscherpe of verminderde intelligentie, heeft dit geen consequenties voor de therapie. Een taalstoornis wordt geconstateerd op basis van geobserveerd en beschreven afwijkend taalgedrag. Taalstoornissen worden niet nader gedefinieerd of onderverdeeld.

De therapie bij kinderen met taalontwikkelingsstoornissen is gericht op taalgedragverandering. De omgeving wordt zo ingericht, dat het kind de juiste stimuli aangeboden krijgt waarop een bepaalde geplande reactie van het kind moet volgen. Imitaties en beloning zijn binnen de therapieprogramma's belangrijke hulpmiddelen (o.a. Sloane en McAuly 1968, Lovaas 1968, Bricker en Bricker 1970, 1974, Kent 1972, Holland 1984). Gedrag wordt, in de opvatting van de behaviouristen, bepaald door twee soorten van variabelen. De ene soort is gerelateerd aan de structuur van de persoon, die een functie is van vroegere (prenatale condities, voeding, ziektes, etc.) en huidige omstandigheden. De tweede soort bevat psychologische variabelen die de gedragsgeschiedenis van een persoon omvatten (wat deed hij onder welke omstandigheden en wat gebeurde er toen) en de omgeving waarin de persoon op dat moment verkeert. Een ouder of therapeut kan de omgevings-(psychologische) factoren gemakkelijker veranderen dan de structurele. Op basis van deze gedachte moet het begrip van en de therapie voor spraak- en taalontwikkelingsstoornissen gebaseerd zijn op een analyse van omgevingsfactoren:

"Therefore, it is our belief that approaches to understanding speech and language must be based upon an environmental analysis in order to have any direct implication for remedial work" (Sloane en McAuly 1968, p.5).

Taalgestoorde kinderen met zeer heterogene persoonlijke structuren krijgen een-

zelfde soort therapie. Te denken valt aan zwakzinnige kinderen, visueel of auditief gehandicapte kinderen, autistische kinderen, kinderen met een hersenbeschadiging (Kent 1977). Vrijwel alle therapieprogramma's maken gebruik van operante conditioneringstechnieken, waarbij het principe van de positieve versterking centraal staat. Dit principe houdt in dat de kans op beklijving van nieuw gedrag toeneemt wanneer het onmiddellijk versterkt wordt.

Opvallend is dat de Europese traditie, waarbij men zowel in terminologie als therapie rekening houdt met al of niet aan de omgeving gebonden invloeden op de taalontwikkeling, dus: met *oorzaken* van stoornissen, voor een groot deel verlaten lijkt. Een taalstoornis wordt geconstateerd op basis van geobserveerd en beschreven afwijkend taalgedrag. Taalstoornissen worden niet, zoals in de Europese traditie naar oorzaken nader gedefinieerd of onderverdeeld. Ongeacht de aard van de oorzaak van de taalstoornis wordt de omgeving zo ingericht dat in leerhiërarchieën stimulus- en responseketens worden opgebouwd.

Arnold (1961), één van de Europeanen die vanwege de politieke situatie rond de Tweede Wereldoorlog naar Amerika emigreerde, geeft het verschil in benadering als volgt aan:

"According to its origin, European phoniatric speech pathology remained medically oriented, utilizing the neurologic, pediatric or otolaryngologic experience of its leading representatives. In America, logopedic speech pathology is inclined towards the phonetic, psychologic or educational background of the overwhelming majority in its members" (p. 123).

Aan het slot van dit hoofdstuk komen we nog even terug op deze Europese benadering (II.2.3.). In hoofdstuk III gaan we hier op in.

### *b Generatief-syntactische theorieën*

In de jaren zestig komen linguïstische theorieën, mede op basis van het werk van Bloomfield (1926) en Chomsky (1957, 1965), in de belangstelling. De relatie tussen de persoon (structurele variabelen) en de omgeving (psychologische variabelen) blijft belangrijk, maar om de verschillen in taalontwikkeling te kunnen verklaren, zoekt men naar een structurele factor die hiervoor verantwoordelijk is. Deze factor noemt men 'linguistic processing'. Taalontwikkeling wordt nu beschreven als het gevolg van de interactie tussen een aangeboren vermogen om taal te leren en een omgeving die taal aanbiedt. Met behulp van dit aangeboren vermogen om taal te leren (competence of LAD, LAD = Language Acquisition Device) ontdekt een kind de taalregels in de taal die door de omgeving wordt aangeboden. Eerst ontdekt een kind de dieptestructuren in de taal. Naarmate de taalontwikkeling vordert, leert het vanuit deze diepte structuren transformatieregels te begrijpen en toe te passen. De dieptestructuur van een taal bevat zinsdelen en zinsdeelregels, zoals bijvoorbeeld regels die aan de basis liggen van het onderscheid tussen en het juiste gebruik van het zelfstandig naamwoord, werkwoord, lidwoord, aanwijzend voornaamwoord, en van hoofd- en bijzinnen, onderwerpen, bepalingen. Transformaties behoren tot de oppervlakte structuur van de grammatica, omdat het effect ervan direct aan de oppervlakte, de feitelijke zin, zichtbaar is (Tervoort e.a. 1972). Transformaties kunnen van één onderliggende dieptestructuur alle mogelijke zinnen afleiden, bijvoorbeeld een vragende zin, een passieve zin, een ontkennende zin.

Het onderzoek naar kindertaalontwikkeling richt zich op de ontwikkeling van



syntactische structuren (o.a. Braine 1963, Brown en Fraser 1964, Miller en Ervin 1964, McNeill 1966, Brown 1973). Vooral de ontwikkeling van specifieke syntactische structuren wordt bestudeerd, zoals bijvoorbeeld het gebruik van grammaticale regels in de 'noun-phrase', de één- en tweewoord uiting (Brown en Fraser 1964, Brown en Bellugi 1964, Brown e.a. 1969). Ook wordt studie verricht naar de ontwikkeling van het gebruik van de ontkenning en de vragende vorm in kinderuitingen (Klima en Bellugi 1966, Brown 1968).

Bij kinderen met taalontwikkelingsstoornissen zouden er problemen zijn met de 'linguistic processing', waardoor een afwijkende syntactische ontwikkeling ontstaat. De research met betrekking tot taalontwikkelingsstoornissen richt zich nu op de specifieke verschillen tussen zinnen die geproduceerd worden door normale en taalgestoorde kinderen (o.a. Menyuk 1964, Lee 1966, Leonard 1972, Morehead en Ingram 1973). De therapie bij taalgestoorde kinderen is gericht op het aanleren van die specifieke syntactische structuren die niet of onvoldoende ontwikkeld zijn. Taalanalyses worden belangrijk om de uitgangspunten voor de therapie te kunnen vinden. Voorbeelden hiervan zijn o.a.

- Developmental sentence scoring: a clinical procedure for estimating syntactic development in children's spontaneous speech (Lee en Canter 1971).
- Language assessment remediation and screening procedure - LARSP (Crystal e.a. 1976, Crystal 1979, 1982).
- Grammaticale analyse van taalontwikkelingsstoornis - GRAMAT (Bol en Kuiken 1980).
- Taalonderzoek via analyse van spontane taal - TOAST (Moerman-Coetsier en Van Besien 1982).

Voor de opbouw van de taaltherapieën wordt de normale taalverwerving als uitgangspunt genomen (o.a. Fygetakis en Gray 1970, Miller en Yoder 1972, Lee e.a. 1975, Crystal 1979, Cazden 1981, Everwijn-van Hoorn 1982).

De literatuur die zich baseert op de generatief-syntactische theorieën hecht, net als de literatuur die zich baseert op de behaviouristische ideeën, weinig belang aan factoren anders dan linguistic processing en omgeving die de taalontwikkelingsstoornis mogelijk hebben veroorzaakt. De analyse van het taalgedrag lijkt voldoende, zowel voor de diagnose als voor de therapie. Taalstoornissen worden niet nader gedefinieerd, ook al houdt men zich bezig met een zeer heterogene groep van taalgestoorde kinderen.

### *c. Generatief-semantische theorieën*

In de jaren zeventig komt de nadruk geleidelijk aan meer te liggen op de relatie tussen 'linguistic processing' en cognitie. Het algemene leervermogen van kinderen wordt in verband gebracht met het vermogen om taal te leren. Menyuk (1975b) noemt als noodzakelijke voorwaarde voor dit algemene leervermogen een organisme dat biologisch intact is. Men oriënteert zich op theorieën van Piaget (1923, 1959) en Vygotsky (1962) (o.a. Sinclair-de Zwart 1971, 1975, Slobin 1973, Bruner 1975a, Karmiloff-Smith 1978, 1979). Alhoewel Piaget en Vygotsky vanuit verschillende theoretische uitgangspunten spreken, hebben beiden de relatie tussen taal en denken bestudeerd. Bij Piaget komt taal voort uit de senso-motorische ontwikkeling in de periode van 0-2 jaar. Een zeker concreet denkvermogen, opgedaan op basis van senso-motorische ervaringen, is nodig om tot taal te

kunnen komen. De taal wordt vervolgens het middel om het kind uit zijn egocentrische wereld te halen en geleidelijk aan in te leiden in de sociale wereld.

"It is noteworthy that the absence or severe retardation of play language, or imitative behaviour leaves a child in his autistic world and less subject to the impact of his environment. Play, involving language and imitation, leads to communication with an outside world and to a gradual process of socialization" (Maier 1969).

Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat Piaget taal slechts ziet als één aspect van het totale semiotische functioneren. Taalontwikkeling verklaart niet volledig het socialisatie proces van het kind, ook de denkontwikkeling wordt niet volledig door de taal gestructureerd.

"Piaget views cognitive growth as an increasing integrated network of interacting systems and he has sought an explanation of growth in the very basic self-regulatory mechanisms underlying the developmental changes both of language and thought" (Inhelder en Karmiloff-Smith, 1978, p.8).

Volgens Vygotsky, die meer een cultuur-psycholoog is, wordt de taal ontwikkeld vanuit de sociale werkelijkheid. Op basis van sociale interactie en intelligentie wordt de aanvankelijk globale en multifunctionele communicatie gedifferentieerd en meer gericht. Op deze globale en multifunctionele communicatie (wij zouden nu zeggen de pre-verbale communicatie) volgt een periode waarin het taalgebruik verdeeld kan worden in egocentrisch en communicatief taalgebruik. Beide vormen van taalgebruik, egocentrisch en communicatief, zijn sociaal; ze verschillen alleen in functie. Vygotsky stelde dat taal en denken ontstaan vanuit verschillende wortels. Jonge kinderen (beneden twee jaar) bevinden zich in een prelinguïstische fase inzake zowel het denken als de taalontwikkeling. Er bestaan verbanden tussen taal en denken, ze beïnvloeden elkaar, maar ze zijn niet aan elkaar gelijk.

Ook de invloed van Stern (1928, 1981) laat zich opnieuw gelden. Stern stelt dat taal bij kinderen zich tot ongeveer twee jaar apart ontwikkelt van een bepaalde denkontwikkeling. Hij beargumenteerde dat de wil om taal te leren (de spreekdrang) het gevolg is van de bewustwording van de intentionaliteit van de taal, die samenhangt met een zekere geestelijke rijpheid.

"Intention ist gerichtet-sein auf einen Sinn. Der Mensch gewinnt in einem gewissen Stadium seiner geistigen Reifung die Fähigkeit, mit dem, was er verlautbart etwas zu "meinen", auf etwas Gegenständliches hin zu deuten" (p. 126).

In de literatuur concludeert men dat de ontwikkeling van syntactische structuren afhankelijk is van de semantische ontwikkeling. De semantische ontwikkeling is mede afhankelijk van de cognitieve ontwikkeling. Kinderen zouden uitingen eerst moeten kunnen begrijpen, voordat ze deze ook toe kunnen passen (Bloom 1970, Brown 1973, Bowerman 1973, Clark 1978).

De 'nieuwe' oriëntatie op de relatie tussen taal en cognitie wordt ook wel 'mentalism' genoemd. Bij kinderen met taalontwikkelingsstoornissen wordt nu de semantische kennis nader onderzocht en in de therapie richt men zich op het onder woorden brengen en op het aanleren van begrippen als bijvoorbeeld relationele termen, ruimtelijke ordening, tijdsbepalingen etc. (Blank 1973, Blank e.a. 1978, Bloom en Lahey 1978, Muma 1978, Cole 1982, Cole en Dale 1986).

Veel nadruk wordt gelegd op de interactie tussen spreken en begrijpen. Het *gesprek* tussen kind en therapeut wordt één van de belangrijkste therapeutische



hulpmiddelen. Muma (1975) spreekt in dit verband van "the communication game", Blank (1973) van "the dialogue approach". De taal wordt niet meer, zoals bij de therapieën op basis van behaviouristische en generatief-syntactische theorieën, stap voor stap aangeleerd. Het kind moet nu vanuit het therapeutische gesprek met de therapeut het taalsysteem ontdekken. Het gaat om een creatief proces bij het kind zelf. De therapeut kan het taalverwervingsproces hoogstens vergemakkelijken. De relatie tussen taal en cognitie wordt in de therapeutische programma's soms zeer ver doorgevoerd. Aanvankelijk meenden theoretici als Stern, Vygotsky en Piaget dat een zeker cognitief niveau aanwezig moest zijn om taal te kunnen gaan gebruiken. Ze stelden ook dat taal en denken geenszins aan elkaar gelijkgesteld kunnen worden, ook niet vanaf ca. twee jaar wanneer taal en denken elkaar sterker gaan beïnvloeden. In de therapeutische programma's vindt men deze nuances echter niet altijd terug: taalontwikkeling en taaltherapie beïnvloeden het totale cognitieve functioneren (o.a. Blank 1973, Blank e.a. 1978), er wordt niet gesproken van een bepaald cognitief niveau als basis voor taalontwikkeling en taaltherapie.

Aanvankelijk leek het er op dat er door de nieuwe oriëntatie op 'mentalism' enige differentiatie kon komen in de groep van taalgestoorde kinderen. Mentaal geretardeerde kinderen zouden bijvoorbeeld onderscheiden kunnen worden van andere kinderen met taalontwikkelingsstoornissen. In de praktische uitwerking naar therapeutische programma's wordt dit onderscheid echter niet vastgehouden. De therapeutische programma's worden geschikt geacht voor alle taalgestoorde kinderen. Hoogstens behandelt men mentaal geretardeerde kinderen meer via behaviouristische technieken (operante procedures) en minder via het gespreksmodel (o.a. Schiefelbusch 1972, Allen e.a. 1978). Dat taaltherapie gegeven moet worden, staat niet ter discussie.

#### *d. Pragmatiek*

Min of meer als logisch gevolg op de generatief-semantische theorieën ontstond de pragmatische stroming halverwege de jaren zeventig. Men kwam tot de ontdekking dat taalontwikkelingsstoornissen noch vanuit een theorie met betrekking tot 'linguistic processing', noch vanuit de gevonden relatie tussen taal en cognitie voldoende verklaard kon worden. Andere, nog onbegrepen factoren, spelen ook een rol. Deze nog niet nader aangeduide factoren hebben te maken met het lichamelijk organisme als zodanig, maar ook met het sociale gebruik van taal.

Er komt net als bij het gedragsonderzoek aandacht voor de vloeiende overgangen en wisselwerkingen, tussen wat traditioneel werd aangeduid als leerprocessen respectievelijk cognitieve processen. Bij het gedragsonderzoek wordt in dit verband gewezen op genetisch bepaalde verschillen tussen organismen (Waddington 1971), interactieve verschijnselen tussen omgeving en kind (Sameroff 1973) en wordt geleidelijk aan duidelijk dat vanaf de vroegste ontwikkelingsstadia de eigen gedragsorganisatie van het individu mede de leer- en ervaringsmogelijkheden bepaalt (Kalverboer 1979).

Bij de verklaring van spraak- en taalontwikkeling en spraak- en taalontwikkelingsstoornissen schiet de kennis omtrent de factoren anders dan die betreffende 'linguistic processing' en cognitieve ontwikkeling nog te kort. Wanner en Gleitman (1982, p. 44) drukken dit als volgt uit:

"Children must come to know their native tongue. And, as we have been at

pains to argue, this knowledge cannot be acquired by unconstrained induction. Exactly what these constraints are and just how they relate to linguistic theory and to general cognition are, we take it, open empirical questions". Voorlopig gaat binnen de spraak- en taalpathologie de aandacht nog uit naar het sociale gebruik van de taal, vandaar dat men spreekt van pragmatiek. Men onderzoekt de kindertaal op het gebruik en de ontwikkeling van communicatieve regels. Verschillende taalfuncties en communicatieve intenties van uitingen bij kinderen worden beschreven (Dore 1974, 1975, Halliday 1975, Garvey 1975, 1984, Trevarthen 1979). Kinderen moeten niet alleen kennis krijgen van de structurele taalregels maar ook van de communicatieve taalregels. De normale taalverwerving wordt beschreven als de succesvolle interactie tussen drie componenten van taal, te weten *vorm*, *inhoud* en *gebruik*. Deze indeling correspondeert met de in de linguïstiek gebruikte indeling van taal in grammatica, semantiek en pragmatiek. De grammatica of vormleer houdt zich bezig met de vorm van de taal waarin mensen zich uiten, de semantiek of betekenisleer houdt zich bezig met de betekenis van uitingen en de pragmatiek tenslotte met het gebruik van uitingen in een context van horen en spreken. Aan de hand van deze driedeling kan een taalstoornis beschreven worden als een stoornis binnen één van deze drie componenten, of als een stoornis in de interactie tussen de componenten, zonder nadere specificatie. Afhankelijk van de aard van de taalstoornis, die wordt vastgesteld met behulp van een linguïstische analyse, zal in de therapie aandacht besteed moeten worden aan de verschillende taalcomponenten. De linguïstische analysemethoden die binnen de pragmatische benadering gebruikt moeten worden, worden vaak niet concreet omschreven. Creaghead en Miller (1985) behoren tot de weinigen die de gebruikaspecten van de taal in een analysemethode concreet hebben trachten uit te werken.

De pragmatische benadering biedt ook weinig concrete therapeutische aanknopingspunten. Taal en communicatie worden binnen deze benadering zo ruim omschreven, dat het lijkt alsof alle dingen die binnen een interactie tussen luisteraar en spreker plaatsvinden, therapeutische waarde hebben. Het is vooral belangrijk dat begrepen wordt dat taal een sociale gebeurtenis is, uitgevoerd door mensen in een reële communicatieve situatie.

"Whatever type of language problems a child might have, the primary goal of intervention is pragmatic: it ultimately leads to improved communication at home and at school in speaking, listening, reading and writing. Intervention should assist the child in developing a desire to communicate and provide him with means to do so" (Carrow-Woolfolk en Lynch 1982, p. 275).

Concrete invulling om dit primaire therapiedoel te bereiken, wordt echter niet gegeven. De algemene principes worden wel besproken (o.a. Cole 1982, Craig 1983).

Bij de pragmatische benadering wordt een taalstoornis geconstateerd op basis van geobserveerd en beschreven afwijkend taalgedrag, inclusief taalgebruik. Maar ook nu worden taalstoornissen niet nader gespecificeerd en gedefinieerd. Het terrein waarop de therapie zich moet richten wordt uitgebreid naar verschillende sociale situaties en naar leren en schrijven.

### II.2.3. Huidige stand van zaken

Samenvattend en terugkijkend op de ontwikkeling sinds 1893 (Gutzmann Sr.) kan gesteld worden dat taalontwikkelingsstoornissen bij kinderen nog steeds descriptief, d.w.z. vanuit beschrijving van de verschijnselen benaderd worden. Ze worden doorgaans geïnterpreteerd vanuit de kennis omtrent de normale spraak- en taalverwerving.

Onder taalontwikkelingsstoornissen worden dan al die stoornissen verstaan, waarbij het kind in verhouding tot leeftijdgenootjes *nog niet*, opvallend *minder*, of *minder verstaanbaar spreekt* en/of *minder begrijpt* van wat er tegen hem gezegd wordt. Een taalontwikkelingsstoornis kan een vertraagde ontwikkeling betreffen, maar ook een andersoortige ontwikkeling.

Veel termen worden naast elkaar gebruikt voor min of meer dezelfde problematiek, o.a. vertraagde spraak- en taalontwikkeling, taalontwikkelingsstoornis, dysfasie, verbale apraxie, congenitale of ontwikkelingsafasie. De termen geven slechts aan dat er een vertraagde of een afwijkende ontwikkeling in het spreken of het begrijpen van taal aanwezig is.

Vóór de Tweede Wereldoorlog probeerde men taalontwikkelingsstoornissen te begrijpen vanuit het analyseren van beïnvloedende factoren. Na de Tweede Wereldoorlog kwam, althans in het Westen, het accent geleidelijk aan meer te liggen, op het analyseren van taalpatronen. Hierbij speelt waarschijnlijk ook een rol dat de onderzoekers uit de Berlijnse en Weense school meestal artsen waren en dat de ontwikkelingen in Amerika voornamelijk bepaald werden door psychologen en psycholinguïsten. Dit neemt echter niet weg dat naast de Amerikaanse invloed in West-Europa ook nog andere geluiden waar te nemen zijn. In de medische handboeken van stem-, spraak- en taalpathologie wordt meer gedacht in de traditie van de Weense en Berlijnse school (o.a. Biesalski e.a. 1973, Biesalski 1978, Böhme 1983, Pascher en Bauer 1984). Men blijft geïnteresseerd in oorzaken van lichamelijke aard en in omgevingsfactoren die invloed hebben op de taalontwikkeling. Therapieën worden mede op basis van de gevonden of vermoede oorzaak van een taalontwikkelingsstoornis voorgesteld. De kinderarts Ingram (1959, 1972) en enkele klinische psychologen staan ook nog in deze traditie (Irwin en Marge 1972). Deze beschrijven spraak- en taalstoornissen bij kinderen met behulp van linguïstische categorieën, maar geven tegelijkertijd een verwijzing naar mogelijke oorzaken van lichamelijke en/of culturele (omgeving) aard. Ingram (1959, 1972) probeert daarnaast stem-, spraak- en taalstoornissen als een bij elkaar behorend probleemveld te behandelen. Op zichzelf is dit zinvol, omdat hierdoor wordt aangegeven dat taalontwikkeling slechts één aspect is van de verbale communicatie. Ook stemgebruik en klankvorming zijn van invloed. Stem vormt de akoestische basis voor de verbale communicatie via spraak en taal. Gezamenlijk bepalen ze het spreken. Ingram (1972) geeft de volgende klinische classificatie van stem-, spraak- en taalstoornissen bij kinderen:

1. Disorders of voicing (dysphonia).
2. Disorders of respiratory co-ordination (dysrhythmia).
3. Disorders of speech sound production with demonstrable dysfunction or structural abnormalities of tongue, lips, teeth or palate (dysarthria), due to:
  - a. neurological abnormalities
  - upper motor neurone lesions
  - nuclear agenesis

- lower motor neurone lesions
  - abnormal movement patterns
  - b. local abnormalities
    - jaw and teeth
    - tongue
    - lips
    - palate
    - pharynx
    - mixed.
  - 4. Disorders of speech sound production not attributable to dysfunction or structural abnormality of tongue, lips, teeth or palate, but associated with other disease or adverse environmental factors (secondary speech disorders)
    - a. associated with mental defect
    - b. associated with hearing defect
    - c. associated with true dysphasia
    - d. associated with psychiatric disorders
    - e. associated with adverse environmental factors (combinations of the above).
  - 5. The developmental speech disorder syndrome (specific developmental speech disorders).
  - 6. Mixed speech disorders comprising two or more of the above categories.
- De verwijzing naar oorzaken geeft de ruimte voor verschillende vormen van therapie bij taalgestoorde kinderen. Zo zullen bij taalgestoorde kinderen die dit zijn op basis van een verminderde gehoorscherppte, gehoorverbeterende maatregelen op de voorgrond kunnen staan en niet in de eerste plaats taaltherapie. Kinderen met afwijkingen aan de spraakorganen kunnen voor een spraakverbeterende operatie in aanmerking komen, etc. Clinici als Chase (1972), Illingworth (1980) en Richardson (1983) pleiten dan ook voor een meer medische aanpak van taalontwikkelingsstoornissen.

Hoe het echter ook zij: ten aanzien van het verschijnsel 'audimutitas' bij kinderen met een - naar het lijkt - normaal gehoor en een normale intelligentie, wachten we nog steeds op een verklaring voor dit verschijnsel. De termen 'vertraagde taalontwikkeling' en 'taalontwikkelingsstoornis' drukken weliswaar uit wat er aan de hand is met het spreken, doch hun vage betekenis is tekenend voor de huidige stand van zaken. In feite weten we nog steeds niet waar een en ander precies aan te wijten is, en gist men ook nog steeds naar de beste behandeling. Dit alles vormt, naast de vraag naar de aard van de pedagogische problematiek van niet of nauwelijks sprekende kinderen, het uitgangspunt voor ons onderzoek.

We willen weten of het verschijnsel 'audimutitas' bestaat; we zullen, wanneer kinderen tussen ca. anderhalf en drie jaar voldoen aan de omschrijving van 'audimutitas' hun taalontwikkelingsstoornis analyseren naar taalbegrip, taalproductie en communicatief gedrag en we zullen nagaan of we bepaalde beïnvloedende of oorzakelijke factoren vast kunnen stellen.

Op basis hiervan zullen we de ouders van de kinderen een advies geven met betrekking tot therapeutische mogelijkheden en na vier maanden evalueren of deze enig effect hebben gehad. Wanneer we begrijpen hoe de taalontwikkeling van 'niet-sprekende' kinderen tussen anderhalf en drie jaar eruit ziet en welke factoren hierbij mogelijk een oorzakelijke rol spelen, kunnen we waarschijnlijk

ook meer begrijpen van het verschijnsel 'taalontwikkelingsstoornis' in het algemeen. Wellicht krijgen we dan ook enig inzicht in de wijze waarop ouders en kinderen op deze stoornis reageren. Zou er ook niet invloed kunnen uitgaan van de wijze waarop ouders het 'achterblijven' beleven en erop reageren, en hoe kinderen dan weer reageren op deze ouderlijke reacties?

### III. Oorzaken van taalontwikkelingsstoornissen

In Hoofdstuk II is besproken dat op verschillende manieren tegen het probleem van taalontwikkelingsstoornissen kan worden aangekeken. Vóór de Tweede Wereldoorlog was de aandacht vooral gericht op het zoeken naar oorzaken. Daarna kwam de nadruk geleidelijk aan meer te liggen op de verschijnselen. Toch bleef er met name in de medische en klinisch psychologische/pedagogische sfeer aandacht bestaan voor de variëteit van oorzakelijke of beïnvloedende factoren met betrekking tot het ontstaan van taalontwikkelingsstoornissen.

Wanneer we ons zowel door de medisch-psychologische als de psycholinguïstische literatuur laten leiden, dan zijn een achttal factoren te destilleren die taalontwikkelingsstoornissen veroorzaken of beïnvloeden. Deze factoren zullen we in dit hoofdstuk nader bespreken.

#### III.1. Gehoorstoornissen

De relatie tussen horen en spreken is al heel lang bekend. Eén van de eersten die op deze relatie wees, was de arts Cardanus (1501-1576). Hij verklaarde het niet spreken van bepaalde mensen vanuit hun doofheid en wees op het belang hen te leren lezen en schrijven.

Petro Ponce de Léon (1500-1584), een Benedictijner monnik in Spanje, onderwees voor het eerst in de geschiedenis, althans voor zover bekend, een doofstomme leerling en leerde hem spreken via een vingeralfabet (Schilling 1956). Vanuit Spanje, waar ook andere monniken zich met de taalopvoeding van doven gingen bemoeien, breidde de behandeling van doofstommen zich uit naar Engeland, Zwitserland (o.a. Amman 1669-1724, die later naar Nederland verhuisde), Duitsland, Frankrijk (o.a. Abbé de l'Epée 1712-1789) en Nederland (Gyot 1753-1828). Sindsdien heeft de revalidatie van gehorgestoorden, evenals de daarbij behorende spraak- en taalopvoeding veel aandacht gekregen.

Bij gehoorstoornissen maakt men onderscheid tussen perceptieve verliezen, geleidingsverliezen en gemengde verliezen. Perceptieve verliezen kunnen optreden als gevolg van stoornissen in het functioneren van het zintuig, de gehoorzenuw als ook de cerebrale verwerking van geluidsignalen. Geleidingsverliezen zijn het gevolg van stoornissen in de overdracht van geluid naar zintuig. Bij een combinatie van een geleidingsverlies en een perceptief verlies wordt gesproken van een gemengd gehoorverlies (Gerlings en Hammelburg 1979, Ligtenberg en Holboom 1982).

Naast de aard van de gehoorstoornis brengt men ook onderscheid aan in de ernst van de stoornis. Als graden van gehoorverlies worden onderscheiden:

- licht - tot 30 dB HL\*
- matig - 30 - 60 dB HL
- ernstig - 60 - 90 dB HL
- doof - meer dan 90 dB HL

Van een normaal gehoor wordt gewoonlijk gesproken wanneer de drempel van het toonaudiogram voor de frequenties tussen 250 en 8000 Hz boven het 25 dB HL niveau ligt - ANSI reference 1961 - of boven het 16 dB HL niveau ligt - ASA reference 1951 - (Katz, 1978). Men gaat er al van uit dat een gehoorverlies tussen 35 en 50 dB HL in het frequentiegebied van 500 tot 4000 Hz een vertraagde spraak- en taalontwikkeling met zich mee kan brengen (Böhme 1983, Pascher en Bauer 1984). Ook wordt wel aangegeven dat een verlies van 15 tot 25 dB HL van invloed kan zijn (Maran en Wilson 1986).

Om de taalontwikkeling te kunnen beïnvloeden moet het gehoorverlies echter tweezijdig aanwezig zijn. Een verminderde gehoorscherpheid aan één oor heeft meestal geen invloed op de spraak- en taalontwikkeling (Van der Laan 1984, Pascher en Bauer 1984). Zowel perceptieve, geleidings-, als gemengde verliezen kunnen aanleiding geven tot spraak- en taalproblemen (Lewis 1976, Ling 1978, Biesalski e.a. 1973, Manders en Tyberghein 1984).

Perceptieve verliezen, althans bij kinderen, zijn meestal pre- of perinataal ontstaan. Een enkele maal kunnen ze na de geboorte progressief zijn, of ontstaan ten gevolge van infecties, als bijvoorbeeld rubella, meningitis, encephalitis.

Geleidingsverliezen kunnen verschillende oorzaken hebben. Hierbij valt te denken aan otitis media serosa, otitis media acuta of chronica.

#### *a. Otitis media serosa (glue ears)*

Het voornaamste verschijnsel bij deze aandoening is dat steriel vocht aanwezig is in het middenoor achter een gesloten trommelvlies (Gerlings en Hammelburg 1979). De oorzaak wordt gezocht in een minder goed functioneren van de buis van Eustachius, bijvoorbeeld door een vergrote neusamandel, een slepende infectie van de bovenste luchtwegen of ook bij een insufficiënt werkend velum (zie III.2.). Door onvoldoende werking van de buis van Eustachius ontstaat een onderdruk in het middenoor door resorptie van de zuurstof en later ook van de stikstof uit de daar aanwezige lucht. Deze onderdruk veroorzaakt op zijn beurt een uittreding van vocht uit de slijmvliezen van het middenoor. Dit vocht hoopt zich op, heeft aanvankelijk een dun, sereus aspect, maar wordt in de loop van de tijd taai, stroperig visceus, vandaar wel de benaming 'glue ear' of lijmoor. Het verschijnsel van de vochtophoping komt meestal dubbelzijdig voor. Door de glue ears worden de bewegingen van de gehoorbeentjes belemmerd, hetgeen leidt tot een geleidingsverlies.

Ook alleen onderdruk in het middenoor, zonder vocht, leidt tot een verslechtering van de geleiding van geluid en daarmee tot een verminderd gehoor.

\* HL betekent Hearing Level. Het hearing level is het gehoorniveau boven een bepaald afgesproken niveau, meestal de gemiddelde normale gehoordrempel. Soms wordt de gehoordrempel van een persoon in kwestie als uitgangspunt genomen.

### *b. Otitis media acuta*

Een acute middenoorontsteking is een door bacteriën veroorzaakte ontsteking van het slijmvlies van het middenoor. Hierdoor ontstaat vloeistof die ontstekingsprodukten en bacteriën kan bevatten. Het trommelvlies zal onder invloed van de druk van de vloeistof gaan uitpuilen of zelfs spontaan barsten. Bij een acute middenoorontsteking staan ziekzijn en oorpijn op de voorgrond, maar ze brengt ook een verminderde gehoorscherpthe met zich mee.

### *c. Otitis media chronica*

Een acute middenoorontsteking kan chronisch worden wanneer, na het openbreken van het trommelvlies, een centrale perforatie in het trommelvlies blijft bestaan met een blijvende afscheiding. Een chronische middenoorontsteking kan ook het gevolg zijn van een epidermale woekering in het middenoor (cholesteatoom), waarbij secundair een ontsteking is ontstaan, zonder voorafgaande acute middenoorontsteking. Ook een chronische middenoorontsteking belemmert de overdracht van geluid naar het zintuig.

De geleidingsverliezen zijn vooral bij jonge kinderen van grote invloed op de taalontwikkeling. De verminderde gehoorscherpthe bedraagt vaak zo'n 20 - 40 dB HL over de hele toonschaal. Voor kinderen in de leeftijd van nul tot drie jaar, een leeftijd waarin normaliter het luisteren zich ontwikkelt en de spraak-taalontwikkeling een explosief karakter heeft, wegen dergelijke gehoorverliezen zwaar. Geluiden die doordringen zullen minder reliëf hebben dan normaal, fijnere nuances zullen het kind ontgaan en juist voor een goede spraak- en taalontwikkeling is dat van essentieel belang. Daarnaast speelt een rol dat de omgeving van het kind zich vaak niet of onvoldoende realiseert dat het kind minder goed hoort. Mede omdat de ouders het nog jonge kind vaak binnen armafstand hebben, reageert het kind meestal voldoende bij aanspreken.

Kinderen met wisselende geleidingsverliezen hebben het helemaal moeilijk. Van den Horst (1968, p. 92) drukt dit als volgt uit:

"Bij perioden horen zij beter of slechter zonder dat de omgeving of zichzelf zich dat duidelijk realiseren. De omgeving - niet beter wetend - zal in zo'n periode van slechter horen het minder goed reageren toeschrijven aan onoplettendheid, luiheid, gebrek aan belangstelling, ongezeglijkheid of ongehoorzaamheid en haar pedagogisch handelen daarnaar richten. Actie roept reactie op. Het kind voelt zich onbegrepen, onheus behandeld of achteruit gesteld. Er groeit een spanningsveld waarin kind en opvoeders verstrikt kunnen raken".

Ouders spreken bij kinderen met wisselende geleidingsverliezen vaak van 'Oost-indisch' doof zijn; deze doofheid kan nogal eens ergernis opleveren.

## **III.2. Afwijkingen aan de spraakorganen**

Afwijkingen aan lippen, kaak en/of verhemelte kunnen invloed hebben op de spraak- en taalontwikkeling. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het volgende.



#### *a. Lip-, kaak- en gehemeltepleet (cheilo-gnato-palato-schisis)*

Soms zal een lip-, kaak- en gehemeltepleet tot een spraak-taalontwikkelingsstoornis leiden, maar zeker niet in alle gevallen. Mede ten gevolge van de verbeterde operatietechnieken kunnen we bij schisiskinderen soms ook een verrassend goede spraak-taalontwikkeling vaststellen.

Hoekstra (1985) stelt, op basis van een literatuurstudie over de periode 1958 - 1985, dat ten aanzien van spraak- en taalstoornissen bij schisiskinderen een ontwikkeling valt waar te nemen. In de jaren vijftig wordt bij schisiskinderen steeds een duidelijke retardatie gevonden in de spraak- en taalontwikkeling. In de jaren zestig blijkt dat deze achterstand geringer is geworden. De onderzoeken van de laatste tien tot vijftien jaar leveren tegenstrijdige resultaten op. Vooral ten gevolge van methodologische verschillen is het moeilijk om vergelijkingen te maken tussen de verschillende onderzoeksresultaten. Hoekstra concludeert dat bij schisiskinderen niet zonder meer een causale relatie aangetoond kan worden tussen de schisisproblematiek en spraak-taalontwikkelingsachterstanden. Schisiskinderen hebben echter wel een verhoogde kans op spraak- en taalontwikkelingsstoornissen, vooral als gevolg van de verhoogde kans op verminderde gehoorscherpheid en de grotere kans op een minder goede articulomotorische ontwikkeling. Daarnaast spelen ook psychosociale factoren nog een rol (acceptatie door de ouders, frequentie van ziekenhuisopnames, etc.).

#### *b. Ankyloglossie*

Onder ankyloglossie verstaat men een te ver naar voren vastzittend tongriempje, waardoor de bewegingsmogelijkheden van de tongpunt beperkt worden. De invloed van deze afwijking op de spraak-taalontwikkeling is over het algemeen gering te noemen (Böhme 1983). Het verhindert slechts het uitspreken van de tongpunt /r/. Deze klank wordt thans in het Nederlands ook vaak vervangen worden door de huig /r/. De huig /r/ en de tongpunt /r/ verschillen alleen in uitspraak, niet in betekenis.

#### *c. Microglossie of macroglossie*

Onder microglossie wordt een te kleine en onder macroglossie wordt een te grote tong verstaan. Net als bij de ankyloglossie staat de invloed op de spraak-taalontwikkeling niet zonder meer vast. De microglossie en macroglossie komen ook zelden als geïsoleerd probleem voor, veelal zijn er ook andere afwijkingen die van invloed kunnen zijn op het spreken (Böhme 1983).

#### *d. Congenitaal te kort verhemelte*

Wanneer er op basis van een te kort congenitaal verhemelte bij kinderen een onvoldoende velopharyngeaal afsluitingsmechanisme is, kan dit gevolgen hebben voor de spraak-taalontwikkeling.

Bij een congenitaal te kort verhemelte kan de neusholte akoestisch niet afgesloten worden van de mondholtte. Het produceren van de verschillende orale spraakklanken (alle klanken, uitgezonderd de /m/, /n/ en /ng/) komt daardoor in de verdrukking. Door de blijvende opening tussen mondholtte en neusholte is

tijdens het spreken continu een extra resonantieholte aanwezig, die aan de spraakklanken een typisch nasaal timbre geeft (Schutte 1984). In ernstige gevallen kan de neusklank (rhinolalia aperta) sterk overheersen en de verstaanbaarheid van het spreken negatief beïnvloeden. Naast de voortdurend aanwezige nasale dreun worden ook de fijnere verschillen tussen de spraakklanken onderling genivelleerd. Wanneer de verstaanbaarheid van het spreken negatief wordt beïnvloed, kan dit voor de kinderen zo frustrerend werken dat ze van verder oefenen af zien en hun mond gaan houden (Waar 1980).

### **III.3. Onvoldoende motorische beheersing over de spraakorganen**

De ontwikkeling van de motoriek van de spraakorganen speelt een belangrijke rol bij het spraak- en taalverwervingsproces. Er bestaat een nauw verband tussen articulomotorische vaardigheden en verstaanbaarheid (Beiboer e.a. 1970, Barrett en Hanson 1978). De motorische beheersing kan vertraagd zijn door een vertraagde neurologische rijping of door onvoldoende oefening via zuigen, slikken, blazen en kauwen (Njiokiktjien en Gobin 1981, Schutte 1985).

### **III.4. Vroegkinderlijke hersenbeschadiging**

Een vroegkinderlijke hersenbeschadiging wordt vaak beschouwd als oorzaak van een spraak-taalontwikkelingsstoornis. Aan de causale relatie wordt nauwelijks getwijfeld (McDonald en Chance 1964, Crickmay 1966, Espir en Rose 1970, Finnie 1970, Willemse 1973, Darley e.a. 1975).

Basis voor de spraak- en taalproblemen zijn meer of minder diffuse centrale laesies die pre-, peri- of postnataal verworven worden. Deze laesies veroorzaken eveneens een veelheid aan motorische stoornissen zoals hemiplegie, diplegie, tetraplegie, athetose en ataxie. De spraak-taalsymptomen betreffen meestal niet alleen de taalontwikkeling en de articulatie, maar ook de stemgeving en resonansbeheersing (Crickmay 1966, Darley e.a. 1969a,b, 1975, Pascher en Bauer 1984). Zelfs lichte organisch-cerebrale stoornissen kunnen van invloed zijn op de taalverwerving (Lenneberg 1967, Kalverboer 1974a, Schain 1977).

### **III.5. Taalaanbod vanuit de omgeving**

De gedachte dat de sociale omgeving waarin kinderen opgroeien van belang is, is ons onder andere vanuit de geschiedenis met betrekking tot kinderen die buiten de sociale gemeenschap opgroeien duidelijk geworden (zie Hoofdstuk II). Ook de culturele antropologie, sociologie en cultuurpedagogiek hebben het fundamentele belang van de omgeving voor het 'groot worden' aangetoond.

Taal wordt geleerd in interactie met een omgeving. Bernstein (1971) ontdekte daarnaast dat in verschillende milieus ook verschillend taalgebruik wordt geleerd. Bernstein spreekt in dit verband van de *elaborated* code en de *restricted* code. Gezinnen die de elaborated code gebruiken, gebruiken taal voornamelijk om betekenissen aan te duiden en de omgeving te ontdekken. Gezinnen die de restricted code gebruiken, gebruiken de taal voornamelijk om te verbieden en te bevelen.

Bernsteins werk gaf aan het onderzoek naar de relatie tussen taalontwikkeling en milieu nieuwe impulsen. Vooral de conversatie tussen moeders en kinderen

werd bestudeerd, en het taalgedrag en de communicatie tussen moeders en kinderen uit verschillende sociaal economische milieus werden met elkaar vergeleken (o.a. Broen 1972, Snow 1972, 1977, Snow e.a. 1976, Wulbert e.a. 1975, Reichle e.a. 1976, De Paulo en Bonvillian 1978, Shatz 1982). Een enkele maal werd ook studie verricht naar de vader - kind interactie (Giattino en Hogan 1975, Golinhoff en Arnes 1979). In Nederland hebben de ideeën van Bernstein over de verschillen in taalvorm en taalgebruik tussen verschillende sociale lagen in de samenleving hun uitwerking niet gemist (Kohnstamm 1971, 1973, 1976, 1977). Onlangs werd door Swets-Gronert (1986) nog opgemerkt dat uit diverse onderzoeken blijkt dat het taalgebruik in het gezin, de moeder - kind interactie, de verbale stimulatie in het gezin en de sociaal economische klasse gerelateerd zijn aan de taalcompetentie van het jonge kind (p. 66).

Los van de vraag of taalontwikkeling gekoppeld is aan verschillen tussen socio-economische milieus of aan milieus die taalstimulerend of niet taalstimulerend zijn (onafhankelijk van geld en status), is het in ieder geval duidelijk dat het gezin waarin een kind opgroeit van groot belang is voor zijn ontwikkeling, ook voor zijn taalontwikkeling.

### III.6. Cognitie

De relatie tussen taal en cognitie werd al bestudeerd door de oude Grieken en Romeinen. Taal en denken werden vrijwel gelijkgesteld. Onderzoek uit de eerste helft van onze eeuw bracht in deze opvattingen principiële nuances aan. In Nederland is vooral de Amsterdamse school van Ph.A. Kohnstamm te noemen, vaak in wisselwerking met Duits onderzoek (Selz, Bühler en anderen). Ook onderzoekers als Stern en Stern (1928), Piaget (1959) en Vygotsky (1962) brachten onder woorden dat taal en denken niet volledig samen vallen. Stern stelde dat een zekere geestelijke rijpheid aanwezig moet zijn om taal te kunnen gaan gebruiken. Piaget meende dat het vermogen om mentale representaties van voorwerpen en handelingen te kunnen maken een noodzakelijke voorwaarde is voor het productief gebruiken van linguïstische symbolen. Vygotsky spreekt van een cognitieve ontwikkeling die eerst naast en pas later in wisselwerking met de taalontwikkeling plaatsvindt. Sinds deze publikaties vanuit verschillende theoretische achtergronden wordt vrij algemeen aangenomen dat enerzijds de cognitieve ontwikkeling mede de basis vormt voor de spraak- en taalontwikkeling (Brown 1973, Sinclair-de Zwart 1973, Slobin 1973, Clark 1974, Menyuk 1975a, 1976, Karmiloff-Smith 1979), anderzijds de taalontwikkeling een rol speelt bij de opbouw van de cognitieve ontwikkeling, tenminste wanneer cognitie wordt opgevat als de manier waarop kennis functioneert (Blank 1973, 1974, Blank e.a. 1978, Van Geert 1979). Rutter (1972) stelt dat één van de belangrijkste gevolgen van spraak- en taalontwikkelingsstoornissen de achterstand in schoolse leerprestaties is. Deze gedachten ontwikkelden zich op basis van een publikatie van Whorf (1956). Daarin wordt gesuggereerd dat de taal van een bepaalde samenleving het denken van de leden van die samenleving beïnvloedt. Ook de opvatting van Luria (1959), en Luria en Yudovich (1961), dat taal een belangrijke rol speelt bij de organisatie en ordening van ervaringen en ontwikkeling van denkprocessen waardoor het gedrag gereguleerd wordt, speelt hierbij een belangrijke rol.

Hoe de relatie tussen denken en taalontwikkeling precies ligt, is nog steeds niet duidelijk. Het enige dat we weten is dat het kind zowel denken als taal moet leren

mede op basis van de sociale interactie met de omgeving. De intellectuele ontwikkeling en de taalontwikkeling zijn beide op een bepaald moment de resultante van de interactie tussen het kind en het milieu waarin het opgroeit. De intellectuele ontwikkeling en de taalontwikkeling zijn daarbij echter ook afhankelijk van de aanleg van het kind. Sommige kinderen zullen zich, ondanks een stimulerend milieu op cognitief terrein trager ontwikkelen dan leeftijdgenootjes. Dit zijn de kinderen die uiteindelijk mentaal geretardeerd worden genoemd. Bij kinderen met een mentale retardatie zal de taalontwikkeling, als onderdeel van een totaal tragere ontwikkeling, trager verlopen en vaak niet optimaal totstandkomen (Gutzmann 1912, Nadoleczny 1926b, Schiefelbusch 1972, Cromer 1974, 1981, Schlanger 1973, Böhme 1983, Pascher en Bauer 1984). *Het omgekeerde gaat echter niet altijd op.* Wanneer kinderen een zwakke taalaanleg hebben, zullen zij zich ondanks een stimulerend milieu de taal, weliswaar vertraagd ten opzichte van leeftijdgenootjes ontwikkelen, maar het overige non-verbale cognitieve functioneren hoeft dan niet per se vertraagd te zijn (o.a. Stark e.a. 1983).

### III.7. Emotionele ontwikkeling

De lust tot spreken, als basis voor de communicatieve ontwikkeling, is bij kinderen sterk afhankelijk van de emotionele ontwikkeling. Voor het op gang brengen van de communicatieve ontwikkeling moeten ouders en kind positief op elkaar betrokken zijn. Zowel van de kant van het kind als van de ouders kan de lust tot communicatie ontbreken. In oudere literatuur wordt in dit verband gesproken van gebrek aan spreekdrang of spreeklust ('Sprechlust') (Gutzmann 1912, Nadoleczny 1926b). Meestal signaleert men een verminderde spreeklust bij het kind. In modernere literatuur wordt van interactie tussen ouder en kind gesproken, een interactie die de behoefte aan communicatie zowel bij het kind als bij de ouders aanwakkert (Bullowa 1979) en die tevens de basis is voor, dan wel in wisselwerking staat met, de emotionele ontwikkeling. De emotionele ontwikkeling kan om verschillende redenen verstoord raken. Het is mogelijk dat een kind vanuit zichzelf niet of nauwelijks contact met de omgeving aangaat. In dat geval spreken we van een autistische of autistiforme ontwikkeling. Van autistische kinderen is bekend dat taalontwikkelingsstoornissen bij het totale ziektebeeld horen (Kanner 1946, Ricks en Wing 1973, Baltaxe en Simmons 1975, Menuyk 1976, Rutter 1978, Wing 1976). Het kan ook zijn dat door de ouders of opvoeders ernstige opvoedingsfouten worden gemaakt. Door ernstige pedagogische verwenning of verwaarlozing (inclusief mishandeling, "the battered child syndrome") kan een emotionele ontwikkelingsstoornis optreden, die zich o.a. kan uiten in een taalontwikkelingsstoornis (VTO 1986). De emotionele ontwikkeling van een kind kan sterk samenhangen met omgevingsfactoren, maar het hoeft niet per se.

### III.8. Genetische factoren

Bij genetische factoren wordt met name gedacht aan een aangeboren zwak taalgevoel, dat erfelijk bepaald kan zijn (Seeman 1937, Luchsinger 1959, 1961, Arnold 1961, Weiss 1964). Deze erfelijke constitutionele taalzwakte is een tamelijk ongrijpbare materie, omdat ze niet zonder meer vastgesteld kan worden. Er zou desalniettemin een erfelijke constitutie bestaan inzake handvoorkeur, muzi-

kaliteit en taalgevoel (Arnold 1961). In de literatuur wordt "central language imbalance" (Weiss 1964), "specific language disability" of "kongenitale allgemeine Sprachschwäche" (Luchsinger en Arnold 1959, 1970) aangenomen om een verminderd of een minder goed vermogen tot het leren van taal te verklaren. Luchsinger en Arnold (1970) zeggen hiervan:

"Innerhalb der weiten Grenzen der sozial annehmbaren "Normalität" findet man den polaren Gegensatz der verschiedenen Begabung auf sprachlichem Gebiete. Damit sind die entgegen gesetzten konstitutionellen Typen der a) Sprachgewandtheit und b) Sprachschwäche gemeint, wie sie Luchsinger (1941) beschrieben hat. Im Gegensatz zur Sprachgewandtheit entspringt der Sprachschwächetypus aus einer Gruppe von angeborenen Störungen der Sprachentwicklung und der Ausbildung der ungehemmten Redefähigkeit" (p.730).

Er bestaan dus blijkbaar mensen die meer en die minder gevoelig zijn voor taal en ook mensen die zo'n geringe gevoeligheid hebben voor taal dat het taalgevoel zwak of gestoord te noemen is. Een aangeboren zwak taalgevoel kan leiden tot een afwijkend taalvermogen, dat wil zeggen een afwijkende kennis van de systematiek van de taal. Zo'n taalzwakte, die bij jonge kinderen ook tot taalontwikkelingsstoornissen kan leiden, wordt vaak via de lijn van de vader overgeërfd (Luchsinger en Arnold 1959, 1970).

Vrij recent werd er door Damsté (1987) nog op gewezen dat biologische, genetische factoren een rol spelen bij het ontstaan van taalontwikkelingsstoornissen. Het vermoeden van die relatie baseert hij op het feit dat 3 tot 5 maal meer jongens spraak- en taalproblemen hebben dan meisjes, dat bij mensen met spraak- en taalstoornissen vaker een familiale atopische aanleg aanwezig (d.w.z. een verhoogde neiging tot het ontwikkelen van een bepaalde vorm van allergie) en dat velen ook opvallen door een bijzondere wiskundige en/of muzikale begaafdheid.

### III.9. Samenvatting

In de medisch-psychologische en psycholinguïstische literatuur hebben we een achttal factoren kunnen vinden die mogelijk van invloed zijn op het verloop van de spraak- en taalontwikkeling. Het is derhalve noodzakelijk om, naast het analyseren van de spraak- en taalproblemen, ook te zoeken naar dit soort soms zelfs ten dele etiologische, factoren. Met dit uitgangspunt is in ons onderzoek rekening gehouden. Wij hebben alle kinderen met 'audimutitas' volgens een vast medisch-psychologisch/pedagogisch onderzoekprotocol onderzocht, om op die manier factoren op te kunnen sporen die van invloed zouden kunnen zijn of zelfs als oorzaak aangemerkt zouden kunnen worden.

## IV. De gevolgen van taalontwikkelingsstoornissen

In hoofdstuk I kondigden we aan een antwoord te willen vinden op de vraag in hoeverre kinderen die nog niet spreken op een tijdstip waarop dit wel normaal wordt geacht, opvoedkundig gezien in een andere werkelijkheid leven dan kinderen die op zo'n tijdstip al wel spreken. We zijn geïnteresseerd in het verschijnsel taalontwikkelingsstoornis, de eventuele oorzaken voor dit verschijnsel, en de directe gevolgen ervan voor het kind. Ook zijn we geïnteresseerd in de gevolgen ervan binnen de pedagogische relatie en atmosfeer; gevolgen die op hun beurt eveneens effecten lijken te hebben voor de ontwikkeling van het kind.

In de literatuur betreffende stem-, spraak- en taalpathologie worden af en toe mededelingen gedaan over de eerstgenoemde gevolgen van taalontwikkelingsstoornissen. Zo pleitte Fröschels (1929, 1931) voor tijdige onderkenning van taalontwikkelingsstoornissen bij kinderen vanwege de ernstige gevolgen die deze hebben voor de sociale ontwikkeling van het kind. Naast deze opmerkingen wordt in de Europese literatuur tot de Tweede Wereldoorlog af en toe nog een mededeling gedaan over de gevolgen van taalontwikkelingsstoornissen en dan met name betreffende het niet-spreken tot ongeveer drie jaar. Het blijft echter bij opmerkingen, al dan niet gesteund door een pedagogische of filosofische theorie. Onderzoek blijft achterwege.

Na de Tweede Wereldoorlog, wanneer West-Europa zich meer richt op de Amerikaans-Engelse literatuur, wordt door medici, pedagogen en psychologen af en toe gewezen op de gevolgen die taalontwikkelingsstoornissen kunnen hebben. Ook leerstoornissen worden dan genoemd (o.a. Myers en Hammill 1969, Rutter 1972, Kalverboer 1985). Anderen, zoals (psycho-)linguïsten reppen van eventuele gevolgen niet of nauwelijks. Zij beperken zich tot de beschrijving van het probleem en in enkele gevallen tot suggesties voor een therapeutische aanpak.

Inventarisatie van de door de verschillende auteurs genoemde gevolgen van taalontwikkelingsstoornissen laat zien dat aan twee hoofdgroepen van mogelijke probleemvelden wordt gedacht, te weten: het gedrag van het kind en de leerprestaties van het kind. *Specifieke opmerkingen in de richting van de opvoedingsrelatie en van de eventuele effecten daarvan op de kinderlijke ontwikkeling zijn we in de literatuur niet tegengekomen.*

### IV.1. De mogelijke gevolgen van taalontwikkelingsstoornissen op het gedrag van het kind

Algemeen wordt verondersteld dat taal een functie heeft bij het organiseren en reguleren van gedrag. In de literatuur over cognitief functioneren en mentale

ontwikkeling wordt taal gezien als een innerlijk medium bij de probleemoplossing (o.a. Luria en Yudovich 1959, Luria 1961, Vygotsky 1962, Van Meel 1971, Van Parreren 1979). Vooral door de psychologen uit de Sovjetunie (Luria, Yudovich, Vygotsky) en hun leerlingen (o.a. El'konin, Gal'perin, Obuchova) is taal beschreven als een cognitieve handelingsstructuur. Bij het oplossen van problemen spreken kinderen tegen zichzelf, waardoor ze de relatieve sterkte van de stimuli die op hen inwerken veranderen. Hun gedrag passen ze vervolgens aan aan de gemodificeerde invloeden. Een taalstoornis zou dus ook effect kunnen hebben op het cognitieve functioneren (zie ook IV.2.).

Literatuurgegevens betreffende de relatie tussen taalontwikkelingsstoornissen en sociaal gedrag zijn echter schaars. Bovendien worden opmerkingen over deze relatie, als ze worden gemaakt, niet ondersteund door onderzoeksgegevens. Meestal betreffen het opmerkingen die geplaatst worden aan het eind van een hoofdstuk, kennelijk met de bedoeling om de noodzaak voor therapie bij taalgestoorde kinderen toch nog enigszins aan te geven.

Schilling (1956) beschrijft bij jonge kinderen die nog niet of nauwelijks spreken twee mogelijke reactievormen:

- a) het kind trekt zich terug uit de communicatie, wordt schuchter en spraakschuw;
- b) het kind ontwikkelt een 'Trotzhaltung', ongeveer in de sfeer van 'ik kan niet spreken, dus ik wil het ook niet'. Bij deze kinderen raakt hun wil gericht op het in stand houden van het probleem, in plaats van het overwinnen ervan.

Rice (1978) vermeldt dat kinderen met taalontwikkelingsstoornissen vaak erg verlegen zijn. Daarnaast compenseren ze hun onvermogen tot verbale communicatie door het gebruik van gebaren, expressieve gelaatsuitdrukkingen en stembuiging. Zangwill (1978) noemt gedragsproblemen als gevolg van taalontwikkelingsstoornissen, maar omschrijft verder niet wat hij hieronder verstaat. De meest uitgebreide opsomming van mogelijke gevolgen voor het gedrag bij taalgestoorde kinderen vinden we bij Njikiktijen en Gobin (1981). Zij noemen de volgende reacties als mogelijkheden:

- geslotenheid
- overbeweeglijkheid
- aandachtsstoornissen
- emotionele labiliteit
- driftbuien
- onstabiele reacties
- perseveraties
- overcompensatie, d.w.z. overdreven aangepastheid aan de omgeving en gebruik van veel gebaren

De vraag blijft natuurlijk in hoeverre de genoemde gedragsproblemen het gevolg zijn van de problemen met de taalontwikkeling. De genoemde reacties kunnen ook passen bij meer algemene leef- en ontwikkelingsomstandigheden die niet optimaal zijn. Het is daarnaast ook mogelijk dat andere gedrags- en psychische factoren de taalproblematiek mede bepalen; het temperament van kinderen bijvoorbeeld (Thomas e.a. 1968, Swets-Gronert 1986).

Swets-Gronert (1986) concludeert dat de aard van het verband tussen taalcompetentie, temperament en gedragsproblemen nog geenszins duidelijk is omdat we te maken hebben met een veelheid van variabelen die onderling gecorreleerd zijn (p. 67). Ook Kalverboer (1985) wijst op de samenhang tussen de verschillende



variabelen. Hij stelt dat doorgaans onvoldoende wordt voorzien dat leerprocessen vanaf het vroegste ontwikkelingsstadium zijn ingebed in een al aanwezige gedragsorganisatie (1985, p. 42). Hoewel men dus in toenemende mate oog voor het complexe karakter van oorzaken en gevolgen gaat krijgen, ontbreekt ook bij de hier genoemde auteurs nog uitdrukkelijk aandacht voor de pedagogische relatie als extra complicerend geheel van factoren.

#### **IV.2. De mogelijke gevolgen van taalontwikkelingsstoornissen op leerprestaties**

Vaak wordt een oorzakelijk verband gelegd tussen taalontwikkelingsstoornissen en leerprestaties. Men denkt dan vooral aan lees-, en schrijfstoornissen, dyslexie (Myers en Hamill 1969, Rutter 1972, Dumont 1974, Kalverboer 1985). Van Meel (1971) opperde de mogelijkheid dat bij kinderen met leermoeilijkheden in het bijzonder de taal als innerlijk medium bij de probleemoplossing in geringe mate is ontwikkeld.

Kalverboer (1985) vermeldt dat bij ca. 1/3 van de kinderen met taalachterstanden op driejarige leeftijd, op zeven à achtjarige leeftijd een laag verbaal IQ werd gevonden. Soms hangt dit echter ook samen met een algemene ontwikkelingsachterstand.

Van den Bos (1985) haalt recent onderzoek bij groepen dyslectische volwassenen en kinderen boven de tien jaar aan waaruit blijkt dat voor het optreden van dyslexie vooral het vermogen tot fonemisch analyseren en synthetiseren verantwoordelijk is. De syntactische en semantische eigenschappen van de spreektaal spelen geen grote rol. Ook de auditieve discriminatie speelt bij dyslexie niet zo'n grote rol. Het klankniveau binnen het taalsysteem is voor het leren lezen en schrijven belangrijk. Slecht lezende eerste klassers blijken aanmerkelijk slechter in staat te zijn tot fonemisch analyseren en synthetiseren dan goed lezende eerste klassers (Rispen 1974). Ook de snelheid van de fonemische verwerking, een mentaal proces waarbij letter codes geactiveerd en vastgehouden worden voor een bepaalde tijd, speelt een belangrijke rol (v.d. Bos 1985).

Het lijkt erop dat taalontwikkelingsstoornissen soms aanleiding kunnen geven tot lees- en schrijfstoornissen. Dit zou, volgens de literatuur, vooral het geval zijn wanneer de stoornis gebaseerd is op problemen met de fonetische en fonemische verwerking, zoals het vermogen tot en de snelheid van fonemische analyse en synthese. Naar onze mening zal de taalontwikkelingsstoornis die ontstaat op basis van deze problematiek op fonetisch/fonemisch niveau, vooral gekenmerkt worden door problemen met de klankinpassing in woorden (dysfonemieën).

In de klinische praktijk komen wij deze dysfonemische kinderen regelmatig tegen. Ze hebben over het algemeen een goed taalbegrip, de taalproductie bestaat uit uitingen van voldoende lengte, en de klankvorming (articulatie) op zichzelf levert geen problemen op. Toch is het vaak moeilijk om een goed beeld van de taalproductie te krijgen, zowel wat betreft de vorm als de inhoud, omdat in woorden medeklinkers worden weggelaten of vervangen en medeklinkerverbindingen worden gereduceerd.

Moolenaar-Bijl (1962) omschrijft dysfonemieën als volgt:

"Daarmee is uitgedrukt de onvolledige, onjuiste of onzekere woordvorming, hetgeen meer omvat dan het niet goed kunnen spreken van bepaalde medeklinkers of verbindingen daarvan. Een kind dat 'huis' goed uitsprekt, maar 'tool' zegt voor school, heeft geen sigmatismus; een kind dat de /g/ in



'gaan' en in 'weg' normaal uitspreekt, maar een vogel 'vowel' noemt, lijdt niet aan een gammacismus. De reproductie van het gehele woord is onjuist (de waarneming kan ook onjuist zijn, maar dit hoeft niet per se) en de onjuistheid kristalliseert zich in een bepaalde klank of klankgroep, die eventueel in een bepaalde positie in het woord ligt" (p. 66).

Andere taalontwikkelingsstoornissen, stoornissen die meer met semantisch en morfologisch/syntactisch functioneren te maken hebben, geven mogelijk minder aanleiding tot lees- en schrijfstoornissen. Natuurlijk is het wel mogelijk dat, op basis van een zwak cognitief functioneren, de spraak- en taalontwikkeling eerst langzamer verloopt dan normaal, en dat dit langzame leertempo zich vervolgens ook uit in het proces van leren lezen en schrijven. De relatie tussen spraak-taalontwikkeling en dyslexie ligt dan niet direct voor de hand. De relatie tussen zwak cognitief functioneren enerzijds en een vertraagde spraak- en taalontwikkeling en een vertraagd lees- en schrijfproces anderzijds lijkt meer voor de hand te liggen.

#### **IV.3. De relatie tussen taalontwikkelingsstoornissen, opvoedingsproblemen, gedrag en leerprestaties**

Verkeerden we tot nu toe voornamelijk in de sfeer van taalontwikkelingsstoornissen bij het kind zelf, in het volgende willen we ook de pedagogische omgeving erbij betrekken. We willen nagaan hoe taalontwikkelingsstoornissen op bijvoorbeeld de pedagogische relatie inwerken en hoe deze inwerking op háár beurt weer een rol speelt in (de eventuele vergroting van) het probleem.

De relaties tussen taalontwikkelingsstoornissen, opvoeding, gedrag en leerprestaties lijken geenszins eenvoudig en ook niet altijd causaal. De verschillende problemen kunnen gezamenlijk optreden als gevolg van een onderliggende stoornis, bijvoorbeeld zwak cognitief functioneren. Vroege gedragsstoornissen bij het kind kunnen aanleiding geven tot opvoedingsproblemen en leerproblemen. De opvoedingsstijl in een gezin kan stimulerend of minder stimulerend zijn en daardoor zowel taalontwikkeling, gedrag als leerprestaties beïnvloeden. Taal en taalontwikkeling beïnvloeden het totale menselijke functioneren.

Stern (1928) spreekt over de taalverwerving als een in de persoonlijkheid verankerd totaal gebeuren:

"Das 'Sprechen' ist eine aus den Tiefen der Persönlichkeit hervorbrechende Betätigung, durch welche allmählich jenes objektive System entdeckt, umworben, erobert und gewandelt wird" (p. 121-122).

Veel pedagogen verbinden het begrip opvoedbaarheid aan de bereikbaarheid van het kind door de taal (Bollnow 1966, 1979, Kohnstamm 1967, Langeveld 1969, Dearden e.a. 1972, Imelman 1974, 1982). Opvoeding houdt inleiden in betekenissen in. In strikte zin wordt dit pas mogelijk wanneer het kind met taal bereikbaar is. In de periode dat een kind nog niet in voldoende mate in verbale dialoog met de omgeving staat, kan slechts voorbereidend gewerkt worden. In de opvoeding moet aan een kind duidelijk gemaakt worden waarom het de opvoeder in zijn handelen gaat en de taal is daarbij van het grootste belang. Opvoeding komt in wisselwerking, via het gesprek tot stand. Voordat het kind het gesprek met de opvoeder aan kan gaan, handelt de opvoeder vanuit pedagogisch perspectief als het ware vóór het kind. Tegen de achtergrond van dit perspectief leert hij het kind handelen op basis van gewoontes (Langeveld 1969). Een niveau hoger ligt de

gewoontevorming met actieve benaming van het motief door de opvoeding. Uiteindelijk zal de opvoeding zijn leven 'in eigen beheer moeten nemen'.

Zo beredeneerd zou een taalontwikkelingsstoornis een belemmering kunnen vormen voor het echte opvoedingsproces, maar ook voor het deels onbewuster en vanzelfsprekender verlopende socialisatieproces van het kind. Naast opvoeding als inleiden in betekenissen doet zich namelijk ook socialisatie voor. Eigenlijk kan men socialisatie als een opvoeding (in engere zin) mede omvattend proces beschouwen. Specifiek onderzoek naar de gevolgen van taalontwikkelingsstoornissen op betrekkingen binnen enerzijds de omgang in brede zin en anderzijds het meer bewuste opvoedingsgebeuren hebben wij in de literatuur niet gevonden. Hoe duidelijk het ook is dat taalontwikkeling en menselijke ontwikkeling met elkaar samenhangen en dat het één niet los gedacht wordt van het ander: in de pedagogiek en de kinderpsychologie heeft men het zelden meer dan in het voorbijgaan over problemen binnen deze samenhang. De vraag wat oorzaak en gevolg is en de vraag naar de interactie tussen uiteenlopende intra- en interpsychische factoren laat zich binnen ons onderzoek uitdrukkelijk stellen. Het lijkt erop dat, als men de invloed van taalontwikkelingsstoornissen op de overige ontwikkelingsaspecten van een kind wil begrijpen, het onderzoek vroeg, dat wil zeggen bij jonge kinderen, moet worden begonnen en dat daarbij tevens de pedagogische relatie en atmosfeer in het onderzoek moet worden betrokken.

#### **IV.3.1. Voorstudie**

Teneinde na te gaan of de relatie tussen taalontwikkeling, opvoeding en gedrag op de één of andere manier uit elkaar te trekken is, hebben we, alvorens met de opzet van een onderzoek te komen, een voorstudie uitgevoerd (Goorhuis-Brouwer en de Boer 1985). In deze voorstudie hebben we ons gericht op taalgestoorde kinderen van twee tot zes jaar. Het doel van deze studie was er achter te komen of ouders van taalgestoorde kinderen ideeën hebben omtrent het gedrag van hun kind thuis en de relatie van het kind met leeftijdgenootjes. We waren geïnteresseerd in de visie van de ouders op de relaties tussen taalontwikkeling en gedrag c.q. sociale contacten. Met name wilden we weten of ouders taalontwikkeling en gedrag als samenhangende of eventueel als causale variabelen kunnen onderscheiden. Naar hun eigen positie in dit, door hen zus of zo waargenomen veld van invloeden, deden we nog geen onderzoek.

##### **IV.3.1.1. Onderzoeksopzet**

De ouders van 26 kinderen in de leeftijd van twee tot zes jaar werden geïnterviewd. Het betrof in alle gevallen taalgestoorde kinderen met een normaal gehoor, een normale non-verbale intelligentie, er waren in neurologische termen geen evidente afwijkingen en ook waren er geen ernstige emotionele ontwikkelingsstoornissen. De steekproef van de kinderen was in die zin a-select, dat ze op volgorde van aanmelding bij het Centrum voor Stem-, Spraak- en Taalstoornissen in de onderzoeksgroep werden betrokken.

Aan de ouders (ouderparen) van deze primair taalgestoorde kinderen werden twee vragen gesteld, te weten:

- a) Wat vindt u van het gedrag van uw kind?

Wanneer ouders dit anders vonden dan van andere kinderen, werd

gevraagd of dit aanleiding gaf tot problemen. Ook werd de ouders gevraagd of zij een verklaring hadden voor het feit dat hun kind zich anders gedroeg dan andere kinderen (karakter, omstandigheden, etc.).

- b) Heeft uw kind vriendjes of vriendinnetjes, kan het goed met andere kinderen spelen?

Wanneer dit niet het geval was, werd aan de ouders gevraagd waarom het kind geen contact had met andere kinderen (geïsoleerd wonen bijvoorbeeld). Wanneer de mogelijkheid tot contact met andere kinderen wel aanwezig was, maar door het kind niet werd benut, werd aan de ouders gevraagd hoe zij dachten dat dit kwam.

#### **IV.3.1.2. Resultaten van de voorstudie**

##### *a. Kenmerken van de populatie*

De onderzoeksgroep bestaat uit 21 jongens en 5 meisjes. De leeftijden van de kinderen variëren van 2;1 tot 5;7 jaar met een gemiddelde leeftijd van 3;8 jaar. De kinderen komen uit alle lagen van de bevolking. De plaats in de kinderrij varieert eveneens sterk.

##### *b. Gedragskenmerken van het taalgestoorde kind*

Tweeëntwintig ouders (ouderparen) vermelden in het interview dat hun kind zich anders gedraagt dan andere kinderen. Dertien van deze tweeëntwintig ouders vermelden dat hun kind driftiger is dan andere kinderen. Vooral wanneer kinderen zich niet begrepen voelen, worden ze driftig. Negen van de tweeëntwintig ouders vermelden dat hun kind rustiger en meer teruggetrokken is dan andere kinderen, hierdoor krijgen deze ouders soms het gevoel dat ze geen vat op hun kind kunnen krijgen. Vier ouders (ouderparen) vinden hun kind, wat betreft het gedrag, niet anders dan andere kinderen.

##### *c. Problemen zoals die door de ouders worden ervaren*

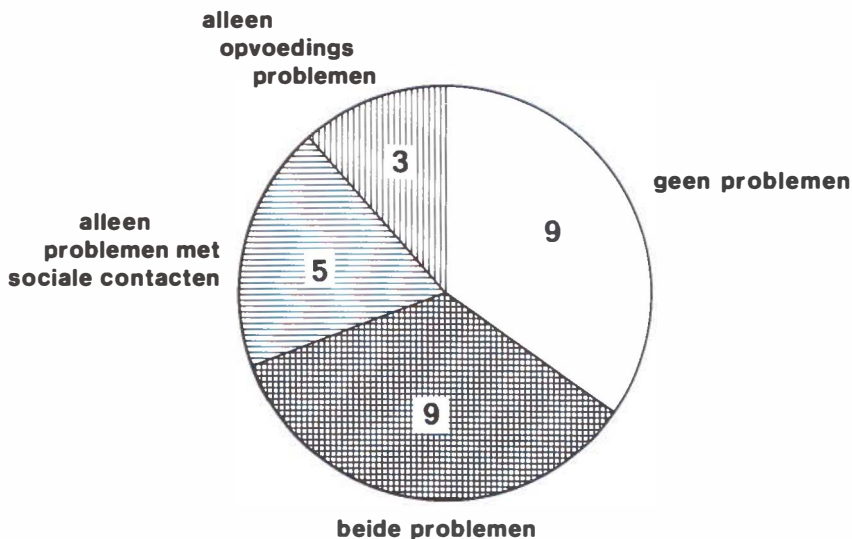
Hoewel de meeste ouders kinderen als 'anders' ervaren, is het opmerkelijk dat dit bij hen niet steeds tot problemen leidt. Voor zover er wel problemen zijn, gaat het om pedagogische en sociale kwesties. Wanneer ouders vermelden dat zijzelf in de omgang met het kind problemen hebben met het gedrag van hun kind, wordt dit door ons een pedagogisch probleem genoemd. Wanneer ouders melden dat hun omgang met het kind geen problemen geeft maar het contact met andere kinderen moeilijk of moeizaam verloopt, wordt dit door ons een probleem van meer sociale aard genoemd.

Negen ouders geven aan dat hun kind, naar hun beleving, zowel pedagogische problemen geeft als moeizaam verlopende sociale contacten kent.

Drie ouders noemen alleen de opvoeding als een probleem. Vijf ouders noemen alleen het aangaan van sociale contacten problematisch. Negen ouders zien noch problemen met de opvoeding, noch problemen met het aangaan van sociale contacten.

Het komt er dus op neer dat in de ogen van de ouders van de 26 kinderen 22 zich anders gedragen dan andere kinderen (Fig. IV-1):

Figuur IV-1



- 12 kinderen geven aanleiding tot opvoedingsproblemen (9+3);
- 14 kinderen hebben volgens de ouders moeite met het aangaan van sociale contacten (9+5);
- 9 kinderen geven geen aanleiding tot problemen, noch in de sociale, noch in de pedagogische sfeer.

Ouders van 17 kinderen menen dat de problemen overwegend hun oorsprong vinden in de taalproblemen van het kind ("hij kan zich immers niet uiten").

Uit deze gegevens kan geconcludeerd worden dat taalontwikkelingsstoornissen effect kunnen hebben op het gedrag van het kind, zowel naar de ouders toe als naar leeftijdgenootjes. Soms zal dit aanleiding geven tot moeilijkheden, soms ook niet. We hebben te maken met een ingewikkeld interactioneel gebeuren, waarbij te verwachten is dat ook ouders een rol kunnen spelen bij het ontstaan en groter worden van problemen. Het feit dat ze in veel gevallen al pedagogische moeilijkheden zien, vormt voor dit vermoeden een indicatie.

#### *d. Ouders die opvoedingsproblemen ervaren*

Negen van de twaalf ouders die opvoedingsproblemen ervaren, geven aan *ongerust* en *bezorgd* te zijn. Ze weten niet goed wat er met hun kind aan de hand is. Ze weten daardoor ook niet goed hoe ze op hun kind moeten reageren.

Drie van de twaalf ouders zijn duidelijk *geïrriteerd* en *teleurgesteld* over het feit dat hun kind problemen heeft met de spraak- en taalontwikkeling.

#### *e. Ouders die geen opvoedingsproblemen ervaren*

Van de veertien ouders die aangeven geen opvoedingsproblemen met hun kind te hebben, zijn er vijf verbaasd over de vraag ("Problemen?" - "Nee!"). Eén ouder

geeft aan dat het kind geen aanleiding tot problemen kan geven, omdat het altijd buiten speelt. De overige acht zijn te beschrijven als *begrijpend*. Zij zien wel dat het gedrag van hun kind anders is dan dat van andere kinderen, maar interpreteren dit andere gedrag vanuit de gestoorde of vertraagde taalontwikkeling ("Het komt gewoon omdat hij zich nog niet goed uit kan drukken").

#### *f. Problemen met het aangaan van sociale contacten*

- \* Tien van de veertien kinderen die, in de ogen van de ouders, moeite hebben met het aangaan van sociale contacten, zoeken uit zichzelf geen contact met andere kinderen. Ze gaan stilletjes hun eigen gang. Drie van de veertien kinderen zochten aanvankelijk wel contact, maar werden door andere kinderen geplaagd vanwege hun slechte spreken, waardoor ze zich in tweede instantie terugtrokken. Eén kind was vanuit zichzelf erg agressief naar andere kinderen toe en werd daarom gemeden.

#### **IV.3.1.3. Conclusie vanuit de voorstudie**

Uit deze voorstudie kan de conclusie worden getrokken dat een taalontwikkelingsstoornis verstorend kan werken, zowel op de ouder-kind relatie als op het aangaan van sociale contacten met andere kinderen. Een taalontwikkelingsstoornis heeft niet op alle kinderen hetzelfde effect. Er zijn kinderen die zich agressiever gaan gedragen dan andere kinderen (dertien maal), maar het kan ook zijn dat ze stilletjes hun eigen gang gaan (negen maal). Vier kinderen vertonen, in de ogen van de ouders, geen opvallende gedragingen.

De manier waarop ouders op het gedrag van hun kind reageren, lijkt bepalend te zijn voor de manier waarop de taalontwikkelingsstoornis zowel door de ouders als het door het kind word beleefd. Wanneer de ouders ongerust zijn, onzeker, geïrriteerd of teleurgesteld, is de kans op interactieproblemen groter dan wanneer ze zich begrijpend opstellen naar hun kind toe.

Ten aanzien van moeizaam verlopende sociale contacten is het opvallend te merken dat de belemmering voor het aangaan van deze contacten meestal niet van buiten komt (slechts drie maal wel), maar vanuit het kind zelf ontstaan (elf maal). Ze durven als het ware niet naar buiten te treden. De kinderen ervaren de taalontwikkelingsstoornis zelf kennelijk ook als een probleem.

#### **IV.4. Samenvatting en conclusie met betrekking tot de gevolgen van taalontwikkelingsstoornissen**

De voorstudie leek volgens ons aanknopingspunten te bieden voor nader onderzoek met betrekking tot de relatie taalontwikkeling, opvoeding en gedrag. Enerzijds hebben we te maken met kinderen met een taalontwikkelingsstoornis die, al of niet op basis van deze stoornis, ander gedrag vertonen dan andere kinderen. Anderzijds hebben we te maken met ouders die een bepaalde visie op hun kind hebben. De subjectieve visie van de ouders heeft invloed op hun pedagogische opstelling en bepaalt daardoor zeker voor een deel interactiepatronen tussen ouders en kind. De subjectieve visie van de ouders is mede van invloed op een praktijk van interactie, die problematischer wordt dan wanneer het alléén om de taalstoornissen van het kind zou gaan.

Deze bevindingen sluiten aan bij de opvatting van Bates (1980), die probleemgedrag definieert als dat gedrag dat door de omgeving - vooral door de ouders - als zodanig wordt ervaren. Bates, die zich met temperamentsonderzoek bezighoudt, stelt namelijk dat, wanneer ouders aangeven dat zij het temperament van hun kind als moeilijk ervaren, er in feite sprake is van een moeizame sociale interactie tussen het kind en zijn ouders.

Onlangs werd door Swets-Gronert (1986) deze visie bevestigd. Een belangrijke conclusie uit het door haar uitgevoerde onderzoek naar temperament, taalcompetentie en gedragsproblemen van jonge kinderen is dat een 'moeilijk' temperament van het kind, zoals waargenomen door de ouders, een indicator is van gedrag dat door de ouders als problematisch wordt ervaren. Dit kan de waardering en het plezier in het kind negatief beïnvloeden; de reactie van het kind daarop kan er een zijn van het ontwikkelen van gedragsproblemen (p. 166). Temperament is daarbij door haar gedefinieerd als een in aanleg gegeven individuele gedragsstijl van het kind die een zekere stabiliteit heeft maar in de interactie met de omgeving beïnvloed wordt. De ouderlijke beleving van het gedrag van kinderen als moeilijk, problematisch is in zekere mate een voorspeller voor het ontstaan van gedragsproblemen later (p. 402).

We kunnen, na het voorgaande, stellen dat over de effecten van taalontwikkelingsstoornissen op het sociale gedrag van het kind thuis en in relatie tot leeftijdsgenootjes en over de aard van de pedagogische omgangsvorm tussen ouders en taalgestoorde kinderen nog weinig bekend is. Vrijwel zeker hebben we te maken met een zeer complex geheel van interactieve verschijnselen, waarbij zowel de eigen biologische gedragsorganisatie van het kind, als andere factoren van interne of externe aard een rol spelen. Niet in de laatste plaats speelt ook de eigen instelling van de ouders ten opzichte van het kind een belangrijke rol.

In dit proefschrift willen we de eerste bescheiden stappen zetten om een aantal deelaspecten van dit complexe geheel te verduidelijken.

## V. Vragen, uitgangspunten voor het onderzoek

### V.I. Vragen

Op basis van de literatuur met betrekking tot taalontwikkelingsstoornissen bij kinderen en de ervaringen in de klinische praktijk gedurende ca. tien jaar, komen verschillende onderzoeksvragen naar voren. Deze betreffen de aard van de taalontwikkelingsstoornissen, de eventuele oorzaken en de gevolgen of effecten ervan. Ook zijn een aantal vragen interessant met betrekking tot de rol en functie van de taal.

In Hoofdstuk I, waar de rol en functie van de taal in het algemeen werd besproken, kwam naar voren dat de periode vóór het spreekbegin, de periode voor ca. 9 tot 18 maanden, door theoretici van verschillende wetenschappelijke disciplines wordt gezien als een fase die zowel voorbereidt op het spreken zelf als op de opvoeding. We brachten naar voren dat veel pedagogen menen dat opvoeding in strikte zin pas mogelijk is wanneer het kind met taal bereikbaar is. Op grond van het belang dat wordt toegedacht aan het gesprek tussen opvoeder en opvoeding, maakt men wel onderscheid tussen voorbereidende opvoeding en 'echte' opvoeding. Wij willen onderzoeken of ouders dit ook zo ervaren. We willen weten of ouders van verschillen in pedagogische benadering enige vermoedens hebben. Als ouders dit hebben, dan komt in de tweede plaats de vraag op in hoeverre kinderen die nog nietspreken en via taal nog niet 'bereikbaar' zijn op een tijdstip waarop dit wel normaal wordt geacht, door de ouders begrepen en behandeld worden als kinderen die aan de 'echte opvoeding' nog niet toe zijn, dan wel als kinderen die als het ware nog in een fase zitten die vergelijkbaar is met die van het heel kleine kind waarin de ouders anticiperen op de verbale communicatie. Blijven ze hun kind 'voor-pedagogisch' benaderen of vinden ze het met het verstrijken van de tijd moeilijker om de juiste omgangsvorm te vinden?

In hoofdstuk II werden taalontwikkelingsstoornissen besproken en kwam naar voren dat we nog steeds geen afdoende verklaring hebben voor het ontstaan van 'audimutitas', het verschijnsel dat kinderen niet spreken op een leeftijd waarop dat wel wordt verwacht terwijl ze een normaal gehoor en een normale intelligentie lijken te bezitten. We willen onderzoeken of er een verklaring gevonden kan worden voor dit verschijnsel. Hoofdstuk III, waarin de oorzaken van taalontwikkelingsstoornissen werden besproken, zal hierbij als leidraad dienen.

In Hoofdstuk IV werden de gevolgen of effecten van taalontwikkelingsstoornissen besproken, directe gevolgen ervan voor het kind zelf, maar ook de gevolgen ervan binnen de pedagogische relatie. Door ons onderzoek willen we te weten komen of er bij kinderen met taalontwikkelingsstoornissen bepaalde gevolgen of



effecten zijn aan te wijzen in hun gedrag thuis en in de interactie met hun ouders en/of in hun contact en omgang met andere kinderen.

De vragen die voortvloeien uit de Hoofdstukken I en IV zijn van een andere aard dan de vragen die voortvloeien uit de Hoofdstukken II en III. De vragen die voortvloeien uit de Hoofdstukken I en IV zijn *exploratief* van aard. We hebben aangegeven dat over de aard van de pedagogische omgangsvorm tussen ouders en taalgestoorde kinderen nog vrijwel niets bekend is. Ook over de gevolgen of effecten van taalontwikkelingsstoornissen weten we nog weinig. Bovendien hebben beide, omgangsvormen effecten, waarschijnlijk veel met elkaar te maken. Wanneer ouders bijvoorbeeld een andere beleving van hun taalgestoorde kind hebben dan van hun niet taalgestoorde kinderen en dit bewust of onbewust in de omgang met het kind laten merken, kan het kind hierop reageren met bepaald gedrag dat verschilt van dat van andere kinderen. Het kan ook zijn dat het kind zelf last ondervindt van het feit dat het nog niet of nauwelijks kan spreken en dit uit in gedrag dat door de ouders als storend wordt ervaren. Op basis van de ouderlijke ervaring van dit storende gedrag wordt vervolgens de pedagogische omgangsvorm anders gekleurd. Ook de taalstoornis zelf kan aanleiding geven tot het uit het evenwicht raken van normale interactiepatronen. We willen deze interacties met een tweetal voorbeelden illustreren:

- Wanneer een moeder bijvoorbeeld vertelt dat ze met haar taalgestoorde kind niet anders omgaat dat met haar andere kinderen, maar dat ze, wanneer ze vermoeid is zich wel eens aan hem ergert omdat hij niet spreekt, dan heeft dit zeker invloed op de omgangsvorm. Wanneer moeder vervolgens vertelt dat ze het erg druk heeft, vaak moe is en zich gemiddeld drie keer per dag aan haar taalgestoorde kind ergert, dan kunnen we bijna niet meer twifelen aan een zekere invloed op de interactie tussen moeder en kind, ook zal zegt moeder dat ze deze ergernis voor haar kind kan verbergen.
- Wanneer een vader zegt dat zijn zoon niet spreekt vanwege een stijfkoppige instelling ("Hij kan het wel, maar hij wil het niet") en dit leidt tot een harde pedagogische lijn ("Wij zullen zijn trots wel breken"), ontwikkelen de interactiepatronen zich anders dan wanneer het kind wel gesproken zou hebben.

Wij hebben dus te maken met een zeer complex geheel van psycho-sociale verschijnselen. De ontwikkeling van het gedrag van het kind en van de relatie tussen ouders en kind zijn beide afhankelijk van de interactieprocessen tussen ouders en kind. Wij sluiten ons hierbij aan bij het transactiemodel van Sameroff (1975), waarin gesteld wordt dat het gedrag van het kind meer is dan een eenvoudige reactie op de omgeving. Ook de omgeving is niet statisch. De processen die de ontwikkeling bepalen, ontstaan vanuit de transacties tussen organisme en omgeving: beiden roepen bij elkaar reacties op.

Op dit moment zullen we om enigszins greep te kunnen krijgen op het complexe geheel van verschijnselen eerst bescheiden stappen moeten zetten, die deelaspecten van dit complexe geheel kunnen verduidelijken. Om die eerste stappen te doen, hebben wij naar aanleiding van de vragen voortvloeiende uit de Hoofdstukken I en IV de volgende drie vragen geformuleerd, waarover we meer gedetailleerde informatie willen verkrijgen.

- I. Hebben ouders van taalgestoorde kinderen een andere beleving van hun kind dan ouders van normaal sprekende kinderen?



- II. Hebben ouders van taalgestoorde kinderen meer moeite met het vinden van de juiste omgangsvorm van hun kind dan ouders van sprekende kinderen in dezelfde leeftijd?
- III. Vertonen kinderen met taalontwikkelingsstoornissen ander gedrag dan normaal sprekende kinderen in dezelfde leeftijd, zowel thuis als in hun betrekkingen met leeftijdsgenootjes?

De vragen die voortvloeien uit de Hoofdstukken II en III zijn meer van *diagnostische* aard en proberen het verschijnsel taalontwikkelingsstoornissen empirisch te traceren. Met behulp van een vast onderzoekschema zal nagegaan moeten worden wat de verschijningsvorm van de taalproblematiek is en welke oorzakelijke en beïnvloedende factoren mogelijk een rol spelen.

## V.2. Uitgangspunten voor en opzet van het onderzoek

Gezien het weinige dat tot nu toe vanuit de literatuur bekend is om de verschillende vragen te kunnen beantwoorden, heeft het uitgevoerde onderzoek een explorerend en verkennend karakter. De verkenning heeft betrekking op de aard en de oorzaken van niet of nauwelijks spreken bij jonge kinderen. Ze heeft ook betrekking op de effecten van niet of nauwelijks spreken bij jonge kinderen, zowel in de interactie tussen ouders en kind als in het gedrag van het kind thuis en in contact met andere kinderen. Tenslotte proberen we iets te zeggen over de vraag of zinvol onderzoek te doen is naar de opvoedingsrelatie en de eventuele effecten daarvan op de ontwikkeling bij jonge taalgestoorde kinderen.

We zullen eerst het verschijnsel taalontwikkelingsstoornis zowel naar aard als oorzaken analyseren en vervolgens ingaan op de opvoedingssituatie en het gedrag van het kind. Dat we dit doen heeft te maken met het feit dat we eerst zekerheid willen hebben of de kinderen die in de onderzoeksgroep terecht komen, feitelijk een taalontwikkelingsstoornis hebben. Op deze manier kunnen we de populatie vaststellen. Eerst geven we aan hoe de populatie is samengesteld, hoe de taalontwikkelingsstoornis is geobjectiveerd en hoe beïnvloedende of oorzakelijke factoren zijn getraceerd. Daarna zullen we naar aanleiding van de geformuleerde hypothesen deelvragen beschrijven en aangeven hoe we deze willen beantwoorden. De volgorde van de te behandelen onderwerpen in dit hoofdstuk komt er dan als volgt uit te zien:

- 2.1. Populatie
- 2.2. Het verschijnsel taalontwikkelingsstoornis (aard en oorzaken)
- 2.3. Beleving van de ouders ten aanzien van:
  - de taalproblematiek
  - de mogelijke oorzaken
  - de eigen emoties
  - het gedrag van het kind
  - de omgangsvorm met het kind
- 2.4. Herhaling van delen van het onderzoek na vier maanden.

### V.2.1. Populatie

De criteria waarop de kinderen, die bij het Centrum voor Stem-, Spraak- en Taalstoornissen zijn aangemeld in het onderzoek worden betrokken, zijn de volgende:

- Volgens de ouders en verwijzers (huisarts of andere specialist) spreekt het betreffende kind nog niet of nauwelijks. Onder *niet spreken* wordt hierbij verstaan dat het kind nog helemaal geen woordjes produceert, althans volgens de mededeling van de ouders of verwijzer. Onder *nauwelijks spreken* wordt verstaan dat het kind hooguit vijf woordjes spreekt, ook weer volgens de mededeling van de ouders of verwijzer.
- De ouders en verwijzers zijn stellig van mening dat alleen de taalontwikkeling van het kind problemen geeft. Wanneer bij de ouders of verwijzers van te voren duidelijk is dat de taalproblematiek samen kan hangen met andere afwijkingen, zoals bijvoorbeeld mentale retardatie, verminderde gehoor-scherpte, afwijkingen aan de spraakorganen, motorische stoornissen of emotionele ontwikkelingsstoornissen (autisme), wordt het kind niet in de onderzoeksgroep betrokken.

Naast de onderzoeksgroep is een controlegroep samengesteld. Deze bestaat uit kinderen die een peuterspeelzaal bezoeken en zowel volgens de ouders als de peuterleidster normaal spreken voor de leeftijd. De ouders van kinderen uit drie peuterspeelzalen in Drachten en één peuterspeelzaal in Groningen verleenden hun medewerking. Daarbij moeten opgemerkt worden dat in Nederland ca. 35% van de twee- en driejarige kinderen een peuterspeelzaal bezoekt (CBS gegevens 1984: 35,3%).

### V.2.2. Het verschijnsel taalontwikkelingsstoornis

We zijn geïnteresseerd in de aard en de oorzaken van taalontwikkelingsstoornissen bij jonge kinderen bij wie ogenschijnlijk geen andere problemen aanwezig zijn. Deze kinderen, door Gutzman en Fröschels horend stom genoemd, hebben aanleiding gegeven tot bestudering van het brede veld van taalontwikkelingsstoornissen. Uiteindelijk zijn deze kinderen, ondanks de vele literatuur die is verschenen, nog steeds het minst bescheven. Wanneer we er bij kinderen op jonge leeftijd achter kunnen komen hoe een taalontwikkelingsstoornis zich kan manifesteren ten aanzien van zowel het taalbegrip, de taalproductie als de non-verbale communicatie, begrijpen we misschien ook meer van oudere taalgestoorde kinderen.

Het taalbegrip geeft het niveau aan waarop het kind de gesproken taal begrijpt. De taalproductie omvat datgene wat het kind aan klanken, klankpatronen, woordjes of zinnetjes produceert. De non-verbale communicatie omvat de pragmatiek van de taal, dat wil zeggen al die handelingen waarmee communicatie wordt gesticht.

De manier waarop de taal en de talige handelingen zich ontwikkelen, wordt beïnvloed door verschillende factoren (zie Hoofdstuk III). Hoewel ons onderzoek zich richt op jonge kinderen die nog niet of nauwelijks spreken en ogenschijnlijk geen andere problemen kennen, ontslaat dit ons niet van de plicht om te beoordelen of toch niet bepaalde oorzakelijke of beïnvloedende factoren aanwezig zijn. Dit indachtig de opmerking van Gutzmann (1912) dat specifieke beoordeling soms toch, tegen de verwachting in, een bepaalde oorzaak aan het licht brengt. Ook in de eigen klinische praktijk is het vaak voorgekomen dat, dankzij een vast onderzoekschema, dingen aan het licht kwamen die men anders zeker over het hoofd had gezien.

### V.2.2.1. De wijze waarop de vermoede taalontwikkelingsstoornis wordt bevestigd

Alle kinderen worden volgens een vast protocol onderzocht, waarbij wat de taal betreft zowel aandacht wordt besteed aan het taalbegrip, de taalproductie als de (non-)verbale communicatie.

Zoals reeds werd besproken is na 1945 de nadruk meer en meer komen te liggen op een taalkundige benadering van taalontwikkelingsstoornissen. De mening vatte post dat een dergelijke benadering aanknopingspunten biedt om taalontwikkelingsstoornissen te begrijpen en te behandelen. Bij een desbetreffende analyse gaat men uit van vier niveaus in de taal: de fonologie (de klanken en de klankvorming), de semantiek (de betekenis), de morfologie en de syntaxis (de grammatica) en de pragmatiek (het gebruiks- of handelingsaspect)(zie Hoofdstuk II). Alle vier taalniveaus hebben zowel met de receptie als met de produktie van taal te maken.

We willen bij de aangemelde kinderen de vier taalniveaus ook, voor zover mogelijk, beschrijven. We zeggen hier 'voor zover mogelijk' omdat in de tijdsperiode dat het onderzoek werd voorbereid (1984) niet voor alle taalniveaus een geschikte test voor kinderen in de leeftijd van anderhalf tot drie jaar aanwezig is. Het Nederlandstalig taalonderzoek kent de volgende taaltests (gerangschikt naar jaar van uitgave):

- Utrechtse Taalniveau Test / UTANT (Kohnstamm en Sanavro 1980 (1968)
- Luistertest (v.d. Horst 1969)
- Peabody Picture Vocabulary Test (Manschot en Bonnema 1974)
- Reynell Developmental Language Scales (Reynell 1977 (1974))
- Auditieve Discriminatie Test / ADIT (Crul en Peters 1976)
- Utrechts Artikulatie Onderzoek / UAO (Peddemors e.a. 1977)
- Proefkreche Woordenschattest / PKW (Kohnstamm e.a. 1979 (1972))
- Spontane Taalanalyse Procedure / STAP (Van Ierland 1980)
- Taaltest voor Kinderen (Van Bon en Hoekstra 1982)
- Grammaticale Analyse van Taalontwikkelingsstoornissen / GRAMAT (Bol en Kuiken 1980)
- Taalonderzoek via Analyse van de Spontane taal / TOAST (Moerman-Coetsier en Van Besien 1982)
- Language Assessment, Remediation and Screening Procedure / LARSP -Handleiding bij de voorlopige Nederlandse versie van de LARSP-profielkaart (Verhulst-Slichting 1982). De Engelse versie dateert van 1979 (Crystal 1979).

Van al deze tests zijn er slechts enkele geschikt voor kinderen in de leeftijd van anderhalf tot drie jaar, te weten:

- Reynell Developmental Language Scales (voor één tot zeven jaar)
- GRAMAT (voor 0;9 - 4;0 jaar)
- TOAST (voor 1;6 - 5;0 jaar)
- LARSP (voor 0;9 - 3;6 jaar).

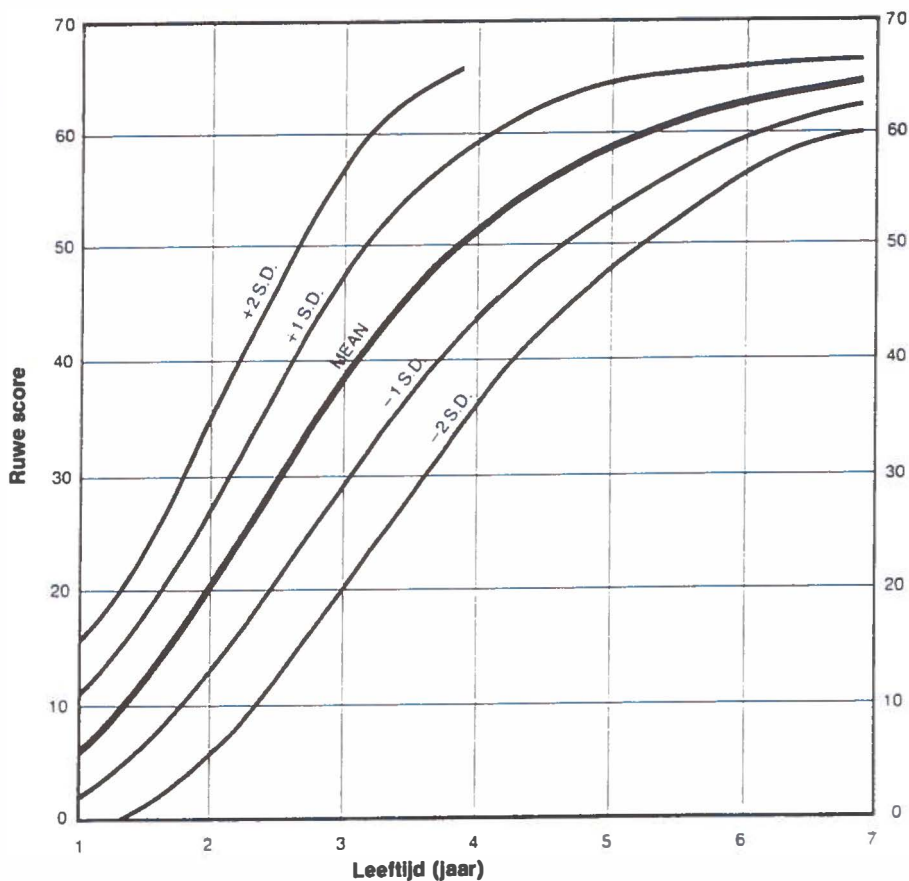
Voor onze onderzoeksgroep vallen GRAMAT, TOAST en LARSP af, omdat deze tests een analyse beogen op basis van 50 of meer spontane uitingen van het kind. Het probleem van de kinderen uit de onderzoeksgroep is echter dat ze niet of nauwelijks spreken. Vijftig uitingen zullen niet opgetekend kunnen worden, laat staan geanalyseerd.

Als enig instrument blijft dus de Reynell Developmental Language Scales over.

Deze test is dan ook gebruikt, maar alleen om het *taalbegrip* vast te stellen (Comprehension Scale). Van de taalniveaus worden hiermee zowel de semantiek als de syntaxis receptief onderzocht. De betrouwbaarheid en validiteit van deze test zijn goed. Het enige nadeel is dat er geen normering is voor Nederlandstalige kinderen. De normgroep bestaat uit 1319 Engelstalige kinderen. Toch wordt de test ook voor Nederlandse kinderen toepasbaar geacht, zelfs is het - bij gebrek aan beter - op dit moment het beste instrument om taalbegrip bij jonge kinderen te onderzoeken (van Ierland 1982).

De ruwe score die het kind op de Reynell test behaalt, wordt door ons omgerekend naar een *goed*, een *voldoende* of een *onvoldoende* taalbegrip. Bij de interpretatie van de testresultaten hebben we te maken met een ruwe score die bestaat uit het aantal goede reacties die het kind bij de testafname behaalt. Deze ruwe score moet vergeleken worden met de prestaties van de normgroep. De prestaties hiervan zijn in tabellen weergegeven. In deze tabellen kan men naast de gemiddelde prestatie voor bepaalde leeftijdsgroepen tevens de grootte van de spreiding, uitgedrukt in standaarddeviatie (SD) aflezen.

**Figuur V-1** Taalbegripsschaal van Reynell. De grafiek laat de toename en scores met de leeftijd zien



Omdat we met een groep potentieel taalgestoorde kinderen te maken hebben is de volgende kwalificatie gebruikt, waarbij alleen een benedengrens is gehanteerd:

*goed* noemen we de prestatie van het kind als de score niet lager ligt dan 1 SD beneden het gemiddelde, 84% van de Engelse normgroep (n = 1319) valt hieronder;

*voldoende* noemen we de prestatie als de score ligt tussen 1 SD en 2 SD beneden het gemiddelde, tot 98% van de normgroep doet het goed of voldoende;

*onvoldoende* noemen we de prestatie als de score meer dan 2 SD beneden het gemiddelde ligt, slechts 2% van de normgroep behaalt een dergelijk slecht (of slechter) resultaat.

Een afwijking van het gemiddelde van -1 SD betekent voor deze leeftijdsgroepen en deze test een achterstand van ongeveer een  $\frac{1}{2}$  jaar, een afwijking van -2 SD van het gemiddelde betekent een achterstand van ongeveer één jaar. Bijvoorbeeld:

Een kind behaalt een ruwe score van 29 punten. In figuur V-1 kan men aflezen dat dit voor een kind van 2;6 jaar een gemiddelde score is. Als het betreffende kind op het moment van onderzoek deze leeftijd heeft, noemen we de score goed. Als het kind echter drie tot drie-en-een-half jaar oud is, is zijn score voldoende, is het kind drie-en-een-half jaar of ouder dan noemen we zijn score onvoldoende.

Voor het vaststellen van de eventueel toch aanwezige *taalproduktie* leek het ons beter niet uit te gaan van vaststaand testmateriaal (Reynell Expression Scale). Dit omdat kinderen, mochten ze al tot enige taalproduktie in staat zijn, ze op basis van het feit dat ze zich vaak bewust zijn van hun onvermogen tot spreken (Schilling 1956), in situaties waarin ze naar hun gevoel tot spreken gedwongen worden, zeker niets zullen zeggen. De meeste kans om het kind, wanneer het daartoe in staat is, aan het spreken te krijgen is het te plaatsen in een warme, vriendelijke, accepterende sfeer. De onderzoeker stelt derhalve geen vragen aan het kind, maar probeert het door middel van spel en speelgoed tot spreken uit te lokken. Daarbij is de onderzoeker alert op alles wat het kind zegt, zingt of neuriet, zowel op klank-, woord-, als zinsniveau (Goorhuis-Brouwer 1979). Van de taalniveaus worden hiermee zowel de fonologie, de semantiek, als de syntaxis onderzocht.

De geproduceerde taal wordt vervolgens ingedeeld aan de hand van de verschillende stadia in het normale taalverwervingsproces (Schaerlaekens 1977):

- Klankproduktie (1)  
het kind maakt wel geluiden en klanken maar deze zijn nog niet als woorden te herkennen en worden ook nog niet altijd communicatief gebruikt (niveau ca. 6 tot 9 maanden).
- Klankproduktie met af en toe een herkenbaar woord (2)  
het kind produceert klankverhalen (jargon), maar af en toe is toch heel duidelijk een woord te herkennen (ca. éénjarig niveau).
- Enkele losse woordjes (3)  
het kind zegt enkele losse woordjes, vaak een duidelijk aan te geven aantal, meestal vijf tot tien. Ook thuis beperkt de taalproduktie zich tot dit aantal. In het normale taalverwervingsproces wordt dit verschijnsel, als ontwikkelingsstadium, niet genoemd. In de literatuur met betrekking tot taalgestoorde kinderen wordt dit verschijnsel wel genoemd (o.a. Malarivve 1977).

- Eénwoorduitingen (4)  
het kind bevindt zich in het stadium van de éénwoord-zin, de holofrastische fase (niveau ca. 12 tot 18 maanden).
- Tweewoorduitingen (5)  
het kind bevindt zich in het stadium van de tweewoord-zin (niveau ca. 18 tot 24 maanden).
- Drie- tot vijfwoorduitingen (6)  
het kind bevindt zich in de beginperiode van de differentiatiefase (niveau ca. 24 tot 36 maanden).

We scoren de taalproductie van 1 t/m 6 en geven score 0 wanneer het kind helemaal niets aan talige uitingen produceert. De scores zijn gebaseerd op de observaties van ervaren klinische logopedisten.

Voor de beoordeling van de *pragmatische ontwikkeling* bestaat nog geen test. De pragmatiek is daarom beoordeeld door tijdens het taalonderzoek te letten op het initiatief dat het kind zelf neemt, zowel verbaal als non-verbaal, in de interactie met de onderzoeker door middel van gebaren, wijzen, klankgebruik en woordgebruik. De pragmatiek is dus op productie-niveau beoordeeld. Om de communicatieve ontwikkeling te kunnen beoordelen, hebben we zelf een vijfpuntschaal voor de communicatieve ontwikkeling opgesteld, te weten:

- 0 – nauwelijks of geen communicatief gedrag.
- 1 – geen verbale communicatie; reactieve non-verbale communicatie
- 2 – geen verbale communicatie; actieve non-verbale communicatie
- 3 – reactieve verbale communicatie; actieve non-verbale communicatie
- 4 – actief gebruik van verbale en non-verbale communicatie

Aan de hand van de observaties van ervaren klinische logopedisten kregen de kinderen een bepaalde communicatiescore.

De fonetische en fonemische vaardigheid kan voor kinderen in de leeftijd van anderhalf tot drie jaar slechts op productief niveau onderzocht worden. Bestaande tests zijn voor oudere kinderen. Over de ontwikkeling tot drie jaar is verder nog weinig bekend, zodat we ons moeten beperken tot een interpretatie van de spontane uitingen van het kind tegen de achtergrond van (klinische) ervaring met kinderen.

**Tabel V-2 Mogelijkheden tot onderzoek op verschillende taalniveaus, bij jonge kinderen voor het Nederlands taalgebied**

	<i>Receptie</i>	<i>Productie</i>
<i>Fonologie</i>	–	Interpretatie van de spontane uitingen van het kind
<i>Semantiek</i>	Reynell taalbegripsschaal	Interpretatie van de spontane uitingen van het kind
<i>Morfologie/syntaxis</i>	Reynell taalbegripsschaal	Interpretatie van de spontane uitingen van het kind
<i>Pragmatiek</i>	–	Observeren van het non-verbale en verbale initiatief in de richting van de onderzoeker (wijzen, gebaren, klank- en woordgebruik).



Een samenvatting van de mogelijkheden om bij jonge taalgestoorde kinderen de taal, zowel receptief als productief, op vier taalniveaus te analyseren, is weergegeven in tabel V-2.

#### **V.2.2.2. Het opsporen van de mogelijke oorzaken van taalontwikkelingsstoornissen**

Minstens acht factoren kunnen van invloed zijn op het ontstaan van taalontwikkelingsstoornissen (zie Hoofdstuk III). Ook bij kinderen bij wie geen duidelijk vermoeden bestaat van een mogelijke oorzaak van de taalproblematiek binnen één van deze acht gebieden, zullen we toch deze factoren moeten nalopen om niet tegen de verwachting in bepaalde oorzakelijke factoren over het hoofd te zien. Dit betekent dat alle kinderen uit de onderzoeksgroep zowel een foniatrisch als een psychologisch-pedagogisch onderzoek ondergaan.

##### **V.2.2.2.1. Foniatrisch onderzoek**

Onder een foniatrisch onderzoek wordt het medisch onderzoek inzake de stem-, spraak- en taalpathologie verstaan. Dit onderzoek, gebaseerd op de meningen in de literatuur (Gutzmann 1912, Fröschels 1929, Luchsinger en Arnold 1959, 1970a+b, Ingram 1959, 1972, Böhme 1983, Pascher en Bauer 1984), richt zich op het gehoor, de anatomische aspecten van de spraakorganen, de functionele mogelijkheden en daarmee de neurologische ontwikkeling van de spraakorganen.

##### *a. Het gehoor*

Het medisch onderzoek inzake het gehoor bestaat uit de inspectie van de *neuskeelholte* (vergroete neusamandel, slepende infectie), het aspect van de *trommelvlieszen* (normale trommelvlieszen zijn grijs, gaaf, glanzend en vertonen een goede lichtreflex) en een *interpretatie van de gegevens van het audiologisch onderzoek*.

Wij verwachten dat gehoorproblemen die zich in de onderzoeksgroep voordoen, hoofdzakelijk (wisselende) geleidingsverliezen betreffen. Dat we geen ernstige perceptieve slechthorendheden of zelfs doofheid verwachten, heeft te maken met ons optimisme dat ernstig gehoorgestoorde kinderen opgespoord worden. Vrijwel alle kinderen worden via consultatiebureaus op de leeftijd van ca. 9 à 10 maanden met de Ewingtest (Ewing en Ewing 1971) gescreend op het gehoor. Daarnaast werden de kinderen, van wie de ouders of verwijzers op voorhand twijfels hadden over het gehoor, niet in het onderzoek betrokken.

Voor kinderen in de leeftijd van anderhalf tot drie jaar bestaat een audiologisch onderzoek meestal uit een *paedoaudiologisch onderzoek*. Het maken van een toondrempelaudiogram is vaak pas mogelijk vanaf ca. drie jaar. De gang van zaken bij een paedoaudiologisch onderzoek is dat het kind bij de begeleider op schoot zit tussen twee luidsprekerkasten. Er wordt voor gezorgd dat het kind recht naar voren kijkt (bijvoorbeeld doordat de onderzoeker met speelgoed de aandacht van het kind trekt). Dan wordt uit één van beide luidsprekers geluid aangeboden. De sterkte en de frequentie hiervan kunnen worden gevarieerd. Bij een zichtbare reactie van het kind - het draait bijvoorbeeld het hoofd in de richting

van de luidspreker waar het geluid uit komt - wordt verondersteld dat het geluid is waargenomen.

Het paedoaudiologisch onderzoek geeft een minder nauwkeurige meting van de gehoorscherppte dan het toondrempelaudiogram. Toch kan met gefilterde geluiden een goede indruk van het gehoor verkregen worden, zeker in combinatie met de medische gegevens betreffende het aspect van de trommelvlies en vaak ook nog aangevuld met *tympanometrie* (impedantiemetrie).

Bij tympanometrie (impedantiemetrie) wordt de impedantie, dit wil zeggen de akoestische weerstand van het trommelvlies gemeten, terwijl de druk in de gehoorgang geleidelijk gevarieerd wordt van +200 naar -600 mm waterdruk. De impedantie wordt gemeten door via de gehoorgang geluid aan te bieden en te meten welke fractie van de geluidsintensiteit door het trommelvlies wordt weerkaatst. Wanneer via de gehoorgang namelijk geluid aangeboden wordt, zal een gedeelte van de geluidsenergie worden omgezet in vibratie-energie van het trommelvlies, de gehoorbeentjes en de cochlea. Het overige gedeelte zal gereflecteerd worden (Gerlings en Hammelburg 1979). De hoeveelheid gereflecteerde energie wordt bepaald door de akoestische weerstand (impedantie) van het oor. Deze weerstand is opgebouwd uit drie onderdelen, te weten:

- de wrijving die trommelvlies en gehoorbeentjes bij hun bewegingen ondervinden;
- de impedantie ten gevolge van de massa die het grootste is voor de hoge frequenties;
- de impedantie ten gevolge van stijfheid, welke het grootste is voor de lage frequenties.

Afwijkingen in het middenoor leiden voornamelijk tot toename van de impedantie voor lage frequenties, welke dus grotendeels door stijfheid wordt bepaald. Bij een luchthoudend middenoor is de stijfheid van het trommelvlies minimaal als ter weerszijden van dit trommelvlies de druk hetzelfde is. Dit geeft de mogelijkheid de middenoordruk te meten. Afhankelijk van de toestand van het middenoor kunnen met tympanometrie, de volgende resultaten verkregen worden (weergegeven volgens de gemodificeerde classificatie van Jerger (1970):

- type 1 - normale curve, druk 0 - 99 mm H<sub>2</sub>O
- type 2 - normale curve, druk 100 - 199 mm H<sub>2</sub>O
- type 3 - normale curve, druk 200 - 250 mm H<sub>2</sub>O
- type 4 - vlakke curve.

Een tympanogram volgens type 3 of 4 gaat meestal samen met een verminderde gehoorscherppte. Bij paedoaudiologisch onderzoek gaat men bij paedoreacties bij 30 à 35 dB meestal uit van een normaal tot subnormaal gehoor. Bij paedoreacties boven de 40 dB houdt men rekening met een verminderde gehoorscherppte.

#### *b. De anatomische aspecten en functionele mogelijkheden van de spraakorganen*

Het medisch onderzoek richt zich op het anatomisch aspect van de lippen, de tong, het verhemelte en op de gebits- en kaakstand. Wat betreft de functionele mogelijkheden wordt gelet op de lipmotoriek, lipsluiting, tongmotoriek, velummotoriek, beweeglijkheid van de pharynxzijwanden en op de kaakbewegingen. Naar de functies blazen en zuigen wordt gevraagd. Omdat kinderen van wie tevoren vaststaat dat er afwijkingen zijn aan de spraakorganen of de spraakmotoriek (bijvoorbeeld kinderen met één of andere vorm van lip-, kaak-, of gehemel-



tespleet, of kinderen met motorische stoornissen) niet in de onderzoeksgroep zijn opgenomen, verwachten we geen ernstige pathologie. Alleen afwijkingen c.q. stoornissen die op voorhand minder gemakkelijk te diagnostiseren zijn, kunnen nog aan het licht komen. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan een submuceuze gehemeltepleet, een congenitaal te kort verhemelte of aan neuromusculaire stoornissen/ eventueel neurologische onrijpheid betreffende de mond-, tong- en/of velummotoriek.

De beoordeling van het anatomisch aspect van de spraakorganen en de functionele mogelijkheden van de spraakmotoriek bij kinderen in de leeftijd van anderhalf tot drie jaar kan het meest betrouwbaar door een ervaren specialist gebeuren. De spraakmotoriek van het kind is vaak nog volop in ontwikkeling en binnen die ontwikkeling zijn de bewegingspatronen meestal zeer gevarieerd en niet consistent. De meeste kinderen van twee en drie jaar vertonen in hun exploratie en bewegingen een overmaat aan spontane reactiviteit en een gebrekkige beheersing van impulsen (Njiokiktjien en Gobin 1981). Voor de kinderen in de onderzoeksgroep kunnen we dan ook geen 'vaste punten' meten ten aanzien van de spraakmotoriek. We moeten volstaan met het observeren van spontane bewegingen en we interpreteren deze op basis van onze ervaring (Schutte 1985).

### *c. Neurologische ontwikkeling*

Een klinisch onderzoek naar de neurologische ontwikkeling bestaat volgens Willemse (1973) uit de volgende onderdelen:

- algemene indruk (bewustzijn, oriëntatie, gedrag)
- vormanomalieën
- lengte, gewicht, schedelomtrek
- houding, spontane beweging
- kracht, vaardigheid
- tonus
- horen, zien, spraak.

Het komt ons voor dat het hierbij voornamelijk gaat om algemeen medische aspecten. Slechts de beoordeling van spontane bewegingen, kracht en tonus lijken ons specifiek kinderneurologisch. Voor kinderen in de leeftijd van anderhalf tot drie jaar bestaat er evenwel geen gestandaardiseerd en betrouwbaar onderzoek naar de neurologische ontwikkeling. Dezelfde redenen spelen hierbij een rol als bij de beoordeling van de spraakmotoriek: de kinderen zijn nog volop explosief en spontaan in hun ontwikkeling.

Voor het eerste levensjaar kent men schema's waarmee men de neurologische ontwikkeling kan onderzoeken (o.a. Prechtl en Beintema 1964, Touwen 1975). Vanaf ongeveer drie à vier jaar zijn er ook weer vaste onderzoekspunten (Touwen en Prechtl 1970, Njiokiktjien 1981). In de leeftijd tussen één en drie à vier jaar moet men echter, net als bij de spraakmotoriek, volstaan met het observeren van bewegingen en gedrag en deze interpreteren vanuit de klinische ervaring (Arts 1984). Vanwege deze stand van zaken zijn niet alle kinderen uit de onderzoeksgroep protocollair door een klinisch kinderneuroloog onderzocht. Na overleg met een aantal kinderneurologen leek het gerechtvaardigd selectie-criteria te hanteren. Alleen kinderen die bij het foniatisch onderzoek met betrekking tot houding, spontane beweging, bewustzijn of spraakmotoriek opvielen, werden voor kinderneurologisch onderzoek verwezen.

#### *d. Samenvatting medisch onderzoek*

Het medisch onderzoek bij kinderen met taalontwikkelingsstoornissen in de leeftijd van anderhalf tot drie jaar bestaat uit een foniatrisch onderzoek waarbij het gehoor, evenals de anatomische aspecten en functionele mogelijkheden van de spraakorganen beoordeeld wordt, en waarbij een neurologische screening wordt verricht. Het medische onderzoek is door één ervaren foniater/KNO-arts (Dr. H.K. Schutte) uitgevoerd of heeft onder zijn supervisie plaatsgevonden. Dit onderzoek is alleen bij de onderzoeksgroep verricht. De medische anamnese is zowel bij de onderzoeksgroep als bij de controlegroep afgenomen.

#### **V.2.2.2.2. Psychologisch-pedagogisch onderzoek**

Op basis van in de literatuur (Gutzmann 1912, Fröschels 1929, Luchsinger en Arnold 1959, 1970a+b, Ingram 1959, 1972, Böhme 1983, Pascher en Bauer 1984) moet het psychologisch-pedagogisch onderzoek bij spraak- en taalgestoorde kinderen een uitspraak doen over:

- de intelligentie
- de emotionele ontwikkeling
- de mate waarin de situatie thuis voor het kind de taalontwikkeling stimuleert.

#### *a. De intelligentie*

In de literatuur over taalgestoorde kinderen komt de relatie tussen taal en cognitie regelmatig naar voren (Sinclair-de Zwart 1971, Rutter 1972, Slobin 1973, Nelson 1974, Karmiloff-Smith 1978, 1979). Vaak wordt ook een taalachterstand als oorzaak gezien voor slechte leerprestaties (Rutter 1972, Swets-Gronert 1986). In het kader van ons onderzoek zijn wij echter geïnteresseerd in de vraag hoe vaak een zwakke cognitieve aanleg leidt tot taalontwikkelingsstoornissen. Op zichzelf is het analyseren van de relatie tussen intellectuele competentie en taalontwikkeling niet zo eenvoudig. Zeker voor jonge kinderen richt men zich sinds ca. 1950 meer en meer op ontwikkelingsonderzoek. Dit ontwikkelingsonderzoek betreft een breed scala van gedragsfuncties, zoals grove en fijne motoriek, taal, sociaal gedrag en persoonlijkheid en adaptatie, en kan dienen om indicaties te geven over het uiteindelijke niveau van cognitief en sociaal functioneren van het kind (Kalverboer 1973). Taal wordt binnen het ontwikkelingsonderzoek als één van de te onderzoeken factoren gezien. Taalgestoorde kinderen zullen derhalve een 'ontwikkelingsachterstand' vertonen.

Daarnaast moet opgemerkt worden dat er grote inter- en intra-individuele variaties zijn betreffende het tempo in de ontwikkeling van gedragsfuncties bij zich normaal ontwikkelende kinderen. Men moet derhalve zeer voorzichtig zijn met het interpreteren van gegevens uit het ontwikkelingsonderzoek (Kalverboer 1973). De interpretatie kan, mede op basis van het feit dat bij verschillende ontwerpers van onderzoeksinstrumenten zowel de criteria als de omschrijvingen van gedragsfuncties nogal verschillen, nauwelijks meer dan subjectief zijn.

Voor het kiezen van een ontwikkelingsinstrument voor ons onderzoek bevinden wij ons ondertussen in de moeilijke omstandigheid dat het instrument overwegend non-verbaal moet zijn. Het gaat immers om taalgestoorde kinderen.

Halberstadt-Freud (1973) meent dat naarmate een intelligentieschaal voor kinderen tussen twee en drie jaar meer verbale items bevat en minder sensomotorische items, de predictieve waarde ervan groter wordt. Ten aanzien van de Nederlandse populatie van kinderen in de leeftijd van anderhalf tot drie jaar valt er bovendien niet zoveel te kiezen wanneer het gaat om (non-verbale) ontwikkelingsschalen.

De Denver Ontwikkeling Screeningstest (DOS - Cools en Hermanns 1976) valt af vanwege de leeftijdsopbouw van de onderzoeksgroep. Dit betekent dat alleen overblijven de Symbolic Play Test (SPT - Löwe en Costello 1976), de 'lokale' Bayley Ontwikkelingsschalen twee tot dertig maanden (BOS 2-30 - Van der Meulen en Smrkovsky 1984) en, bruikbaar in slechts enkele gevallen de Kleuter Snijders-Oomen Test (KSON - 1975). De toevoeging 'lokale' bij de BOS 2-30 slaat op het feit dat uit deze ontwikkelingsschaal, mede in overleg met de auteurs van de Nederlandse versie, zoveel mogelijk verbale items zijn weggelaten. De lokale BOS is dus een overwegend non-verbale BOS.

Met alle voorbehoud dat gemaakt kan worden met betrekking tot de interpretatie van de gegevens van een ontwikkelingsonderzoek bij jonge kinderen menen wij toch - mede op basis van de klinische ervaring met taalgestoorde kinderen - dat wij door het afnemen van de SPT, de lokale BOS 2-30 en, in enkele gevallen, de KSON de taalontwikkeling konden plaatsen binnen het totale ontwikkelingsbeeld. We stelden vast dat het bij het betrokken kind ging om een specifieke taalontwikkelingsstoornis of om een taalstoornis die paste binnen een bredere ontwikkelingsproblematiek. De SPT werd gebruikt om een indruk te krijgen van het te verwachten ontwikkelingsniveau van het kind. Op basis van de prestaties op de SPT werd gekozen voor verder onderzoek met behulp van de lokale BOS 2-30 of de KSON. Bij de interpretatie van de onderzoeksgegevens van de BOS 2-30 werd een ontwikkelingsachterstand van ongeveer een jaar aangehouden om het kind als afwijkend te beoordelen. Bij de KSON werd de beoordeling afwijkend of niet-afwijkend bepaald door de behaalde IQ score. Een kind met een IQ score beneden de 85 werd mentaal geretardeerd genoemd.

Alle kinderen uit de onderzoeksgroep werden door dezelfde ontwikkelingspsychologe onderzocht (Drs. B.J. Wijnberg-Williams).

#### *b. De emotionele ontwikkeling*

We willen weten of bij de taalgestoorde kinderen in de onderzoeksgroep de taalstoornis mogelijk is terug te voeren op een emotionele ontwikkelingsstoornis of niet. Voor het beoordelen van de emotionele ontwikkeling geldt eigenlijk hetzelfde als voor de beoordeling van de mentale ontwikkeling. Voorzichtigheid ten aanzien van interpretaties van de vastgestelde gegevens bij het ontwikkelingsonderzoek is geboden. Onze stellingname is dan ook geweest dat wanneer op basis van de gevonden gegevens een emotionele ontwikkelingsstoornis werd verondersteld verwijzing naar een kinderpsychiater plaatsvond. Deze bevestigde of ontkende de veronderstelling door middel van kinderpsychiatrisch onderzoek. Naast het ontwikkelingsonderzoek (SPT, Lokale BOS 2-30, eventueel KSON) is, ter beoordeling van de emotionele ontwikkeling, in het interview met de ouders de vraag opgenomen: "Denkt u dat uw kind zich over het algemeen prettig voelt". Deze vraag werd ook aan de ouders van de controlegroep gesteld.

### *c. De mate waarin de situatie thuis de taalontwikkeling van het kind stimuleert*

Een weinig taalstimulerende omgeving is één van de mogelijke oorzaken voor het ontstaan van taalontwikkelingsstoornissen (Kohnstamm e.a. 1971, 1973, 1976, 1977, Swets-Gronert 1986). We zullen dus uit moeten zoeken in hoeverre de situatie thuis van de kinderen in de onderzoeksgroep taalstimulerend is of niet. Bovendien zijn we geïnteresseerd in eventuele verschillen met de situatie thuis van kinderen in de controlegroep. Teneinde dit te beoordelen wordt bij het eerste bezoek dat de ouders aan de kliniek brengen verschillende interviewvragen gesteld.

In de tweede plaats wordt bij de kinderen thuis door twee studenten orthopedagogiek van de Rijksuniversiteit Groningen onder supervisie van dr. M. Smrkovsky een week later de Home Measurement of the Environment, (HOME -Caldwell en Bradley 1979, Bradley 1981 in een vertaling van M. Smrkovsky -RU-Groningen) afgenomen. De HOME heeft 45 observatie punten die door de interviewer bij de ouders thuis gescoord worden met ja of nee. De HOME let op 6 stimuleringsaspecten, te weten:

1. emotionele en verbale responsiviteit van de moeder;
2. vermijden van beperkingen en straf (aanpassing);
3. organisatie van de fysieke en temporele omgeving;
4. stimulatie door middel van speelgoed, spelletjes en leesmateriaal;
5. moederlijke betrokkenheid;
6. variëteit in dagelijkse stimulatie.

De interviewvragen die de ouders tijdens het eerste bezoek aan de kliniek beantwoorden zijn de volgende:

- Hebt u geprobeerd het spreken van uw kind te stimuleren?
- Zo ja, kunt u vertellen hoe u dat ongeveer doet?

Aan de ouders van de kinderen uit de controlegroep werden deze vragen ook gesteld, maar telefonisch.

De uiteindelijke beoordeling of de situatie thuis voor het kind stimulerend is of niet, kwam tot stand door de gegevens van het interview en de gegevens uit de HOME tevens te relateren aan een pedagogische observatie. Deze observatie van de interactie tussen ouder en kind en de beoordeling van de 'totale gezinsstructuur' vond plaats tijdens het eerste bezoek aan de kliniek, bij het afnemen van de medische en pedagogische anamnese en bij het medisch onderzoek. De klinische blik is hier dus uitdrukkelijk ingevoerd.

### *d. Samenvatting psychologisch-pedagogisch onderzoek*

Samenvattend kunnen we zeggen dat het verschijnsel taalontwikkelingsstoornis wordt geanalyseerd op de talige aspecten en dat naar mogelijke oorzakelijke of beïnvloedende factoren wordt gespeurd. Het taalbegrip wordt vastgesteld, evenals de mate van taalproductie en non-verbale communicatie.

Het gehoor, de anatomische aspecten en functionele mogelijkheden van de spraakorganen worden beoordeeld en de neurologische ontwikkeling wordt gescreend om te kijken of daar oorzaken of invloeden zijn aan te wijzen. Daarnaast wordt de non-verbale ontwikkeling vastgesteld, de emotionele ontwikkeling beoordeeld en nagegaan in welke mate de situatie thuis de taalontwikkeling van het kind stimuleert.

Het foniatisch en psychologisch-pedagogische onderzoek wordt afgesloten met een adviesgesprek met de ouders, waarin de diagnose wordt meegedeeld en advisering volgt met betrekking tot bepaalde gedragslijnen.

### **V.2.3. Beleving van de ouders**

In Hoofdstuk IV hebben we, mede op basis van een voorstudie, gezien dat de subjectieve visie van de ouders op het kind invloed heeft op de pedagogische opstelling en daardoor, zeker voor een deel, de interactiepatronen tussen ouders en kind bepaalt. Het is bekend dat de pedagogische sfeer verstoord kan raken wanneer opvoeders teleurgesteld worden in het vertrouwen dat zij hadden in bepaalde mogelijkheden van het kind (zie o.a. Imelman 1982). Wanneer ouders nu vertrouwen hadden in de spreekprestaties van hun kind, zal dan niet teleurstelling optreden wanneer de werkelijkheid anders blijkt te zijn? Heeft deze teleurstelling vervolgens invloed op de manier waarop de ouders hun kind beleven? We willen *beleving* hier omschrijven als de emotionele lading die aanwezig is of die ontstaat bij bepaalde gedachten en ideeën. De beleving zal dus te maken hebben met verschillende zaken.

De ouders zullen bijvoorbeeld bepaalde gedachten hebben ten aanzien van de taalproblematiek van hun kind en hier bepaalde emotionele reacties bij hebben. Zij zullen waarschijnlijk ook 'emotioneel geladen' ideeën hebben over de mogelijke oorzaken van die taalproblematiek. Willen wij de beleving van de ouders analyseren, dan is het dus waarschijnlijk zinnig om na te gaan welke gedachten en emoties er leven. We zullen daarom achtereenvolgens de ouderlijke gedachten ten aanzien van de taalproblematiek analyseren (V.2.3.1), de ouderlijke ideeën ten aanzien van de mogelijke oorzaken (V.2.3.2), de eigen emoties van de ouders rond de taalproblematiek van hun kind (V.2.3.3) en de beleving van de ouders ten aanzien van het gedrag van hun kind (V.2.3.4).

Om een indruk te krijgen van de ouderlijke beleving is er een interview afgenomen. Aan de hand van een door ons zelf opgestelde vragenlijst werd met de ouders een gesprek gevoerd. Dit interview is afgenomen bij de ouders van zowel de kinderen uit de onderzoeksgroep, als de kinderen uit de controlegroep.

#### **V.2.3.1. Ouderlijke gedachten ten aanzien van de taalproblematiek**

We willen weten of de ouders een idee hebben van de manier waarop hun kind taal begrijpt en gebruikt in vergelijking met leeftijdgenootjes en stellen daartoe de volgende vragen.

- Hoe spreekt uw kind in vergelijking met leeftijdgenootjes (uit de buurt, neefjes en nichtjes etc.)?
- Hoe spreekt uw kind in vergelijking met uw andere kinderen op deze leeftijd?
- Begrijpt u altijd wat uw kind wil zeggen?
- Begrijpen anderen altijd wat uw kind wil zeggen?
- Begrijpt uw kind alles wat er tegen hem/haar gezegd wordt?

We willen ook weten of ouders een voorstelling hebben van de manier waarop kinderen tussen anderhalf en drie jaar spreken. Om hier achter te komen hebben wij aan de ouders de volgende vragen gesteld:

- Wanneer hebt u voor het eerst gemerkt dat er iets niet goed was met het spreken van uw kind?
- Wat zou u voor uw kind, op dit moment, normaal vinden wat betreft het spreken?  
Controlegroep: Wat vindt u normaal wat betreft het spreken van een kind tussen twee en drie jaar?

### **V.2.3.2. Ouderlijke ideeën ten aanzien van de mogelijke oorzaken**

We willen weten of ouders aan bepaalde oorzaken denken wanneer het gaat om taalontwikkelingsstoornissen en of ze menen dat deze door kunnen spelen in bepaalde reacties van hen naar het kind toe. We stellen daartoe de volgende vragen:

- Sommige ouders zijn ongerust wanneer hun kind niet goed spreekt. Ze vragen zich af wat er aan de hand kan zijn. Hoe is dat bij u?  
Controlegroep: Zou u zich ongerust maken wanneer uw kind nog niet of nauwelijks zou spreken?
- Hebt u zich afgevraagd wat de oorzaak van het niet goed spreken van uw kind zou kunnen zijn?  
Controlegroep: Aan wat voor oorzaken zou u denken wanneer kinderen niet goed tot spreken komen?
- Komen er spreekproblemen in de familie voor?

Verder werden, alleen aan de ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep, nog de volgende vragen gesteld:

- Wanneer bent u zich ongerust gaan maken?
- Hebt u hier met anderen over gepraat?
- Hoe waren de reacties?
- Is de ontwikkeling van het spreken van uw kind altijd al anders of trager geweest dan van andere kinderen, of zijn de problemen plotseling begonnen?
- Bent u hier op eigen initiatief of op initiatief van anderen?

### **V.2.3.3. Eigen emoties van de ouders rond de taalproblematiek**

We willen weten of ouders herkenbare emoties hebben wanneer ze ervaren dat hun kind taalontwikkelingsstoornissen vertoont. Gevraagd is:

- Sommige ouders voelen zich teleurgesteld wanneer hun kind niet goed spreekt, hoe is dat bij u?  
Controlegroep: Zou dat bij u ook zo zijn?
- Sommige ouders voelen zich onzeker wanneer hun kind niet goed spreekt. Ze vragen zich af hoe ze met hun kind contact moeten krijgen. Hoe is dat bij u?  
Controlegroep: Zou dat ook bij u zo zijn?
- Sommige ouders voelen zich onzeker wanneer hun kind niet goed spreekt. Ze vragen zich af hoe ze met hun kind contact moeten krijgen. Hoe is dat bij u?  
Controlegroep: Zou dat ook bij u zo zijn?
- Sommige ouders raken geïrriteerd wanneer hun kind niet goed spreekt. Ze

zouden hun kind af en toe wel door elkaar willen rammelen. Hoe is dat bij u? Controlegroep: Zou dat bij u ook zo zijn?

- Denkt u dat er bepaalde dingen zijn die nadelig beïnvloed worden wanneer mensen, in het algemeen, niet of onvoldoende leren spreken?

Aan de ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep werd verder nog gevraagd:

- Op dit moment spreekt uw kind nog niet, wat voor gevoelens roept dat bij u op?
- Denkt u dat uw kind goed zal kunnen leren praten, als hij maar de juiste aandacht krijgt?

#### **V.2.3.4. Ouderlijke beleving ten aanzien van het gedrag van het kind**

Teneinde het door de ouders beleefde gedrag van kinderen, zowel uit de onderzoeksgroep als uit de controlegroep in kaart te brengen, is door ouders de vragenlijst Gedrag en Taalontwikkeling 2- en 3-jarigen (Swets-Gronert en Kohnstamm RU-Leiden) ingevuld. Daarnaast zijn in ons interview nog enkele vragen gesteld die betrekking hebben op het gedrag van het kind. De interviewvragen zijn de volgende:

- Hoe is het gedrag van uw kind thuis te omschrijven?
- Zoekt uw kind gemakkelijk contact met andere kinderen of niet?
- Is uw kind in het contact met andere kinderen actief of meer afwachtend?
- Hoe reageren andere kinderen op uw kind?
- Wanneer u hem niet begrijpt, probeert uw kind het u dan op een andere manier duidelijk te maken? Zo ja, wat doet hij/zij dan?
- Wanneer u uw kind niet begrijpt en uw kind probeert het u ook niet op een andere manier duidelijk te maken, wat doet uw kind dan?

Aan de ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep is vervolgens nog gevraagd:

- Denkt u dat uw kind op dit moment zelf nadelige gevolgen ondervindt van het feit dat het nog niet goed spreekt?

#### **V.2.3.5. De ouderlijke beleving ten aanzien van de omgangsvorm met het kind**

Door vele pedagogen wordt gesteld dat het echte opvoedingsproces pas kan beginnen wanneer het kind "met taal bereikbaar" wordt.

In normale gevallen vormen 'gaan spreken' en de ontwikkelingen daarbij indicaties voor ouders om, volstrekt 'vanzelfsprekend', de omgang met het kind in pedagogische zin anders te kleuren. Vooral vanaf het ogenblik dat betekenis en begrip in de communicatie in toenemende mate een rol gaan spelen, en het kind in de antropologische betekenis van het woord 'aangesproken' kan worden op zijn handelwijze, is er opvoeding mogelijk althans volgens pedagogische antropologen en pedagogen als Langeveld, Ph. Kohnstamm en anderen. De omgang voor en na deze 'antropologische cesuur' verschilt, aldus de theoretici, zodanig dat het zelfs gerechtvaardigd is om van respectievelijk voorbereiding op opvoeding en opvoeding te spreken (zie hoofdstuk I en IV). Zonder nu duidelijk in te gaan op de genuanceerde behandeling in de betreffende literatuur stellen wij de vraag of ook



ouders, niet op de hoogte van de academische literatuur in dezen, op de een of andere manier in de verwachting leven van een veranderende omgang met het kind en - bij uitblijven van zo'n fundamentele voorwaarde als 'gaan spreken' - in verwarring raken. Een verwarring die wellicht mede ook van invloed zal zijn op de relatie tussen de ouders en het kind. Bovendien spelen misschien ook andere factoren een rol. Het zou bijvoorbeeld ook kunnen zijn dat kinderen met taalontwikkelingsstoornissen gedrag (gaan) vertonen dat verschilt met dat van andere kinderen. Mogelijk heeft ook dit invloed op de beleving van de ouders en, in verband hiermee, op de relatie tussen ouders en kind. In ieder geval wordt in de literatuur gesteld dat kinderen met taalontwikkelingsstoornissen ander gedrag vertonen en in verhouding ook meer gebruik maken van non-verbale communicaties, zoals bijvoorbeeld gebaren, expressieve gelaatsuitdrukkingen, wijzen (Rice 1978, Zangwill 1978, Njiokiktjien en Gobin 1981).

Om nu iets te weten te komen omtrent de beleving van de opvoedingsrelatie zijn aan de ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep en de controlegroep de volgende vragen gesteld:

- Er zijn ouders die het moeilijk vinden om de juiste omgangsvorm met hun (niet goed sprekende) kind te vinden, hoe is dat bij u?
- Hoe maakt u aan uw kind dingen duidelijk, door erover te praten of op een andere manier, bijvoorbeeld door te wijzen of te gebaren. Kortom, wat moet u doen, voordat uw kind iets snapt?
- Vindt u het voor dit kind, in vergelijking met uw andere kinderen, moeilijker, even moeilijk of gemakkelijker om de juiste aanpak te vinden?

Bij de onderzoeksgroep volgt op deze vraag: "Denkt u dat dit samenhangt met de spreekproblemen of niet?"

- Bent u voor dit kind, in vergelijking met uw andere kinderen, toegevender in de opvoeding of niet?

Bij de onderzoeksgroep volgt op deze vraag: "Denkt u dat dit samenhangt met de spreekproblemen of niet?"

- Bent u voor dit kind, in vergelijking met uw andere kinderen, strenger in de opvoeding of niet?

Bij de onderzoeksgroep volgt op deze vraag: "Denkt u dat dit samenhangt met de spreekproblemen of niet?"

- Bent u ten aanzien van dit kind, in vergelijking met uw andere kinderen, in de opvoeding vaker onzeker of niet?

Bij de onderzoeksgroep volgt op deze vraag: "Denkt u dat dit samenhangt met de spreekproblemen of niet?"

#### **V.2.4. Herhaling van delen van het onderzoek na vier maanden**

Bij de onderzoeksgroep vindt vier maanden na het eerste onderzoek opnieuw een onderzoek plaats. Het medisch gedeelte wordt herhaald, evenals het spraak- en taalonderzoek. De ouders worden opnieuw geïnterviewd, waarbij de nadruk nu vooral ligt op de door hen waargenomen veranderingen met betrekking tot spreken, gedrag, contact met andere kinderen en opvoedingsrelatie. Door de subjectieve beleving van de ouders enerzijds te vergelijken met hun subjectieve visie van vier maanden geleden, en anderzijds met de (verbeterde, onveranderde of verslechterde) spraak- en taalsituatie, kunnen we beoordelen in hoeverre de beleving van de ouders ten aanzien van de taalproblematiek van hun kind



consistent is. Tevens kan nagegaan worden of het meedelen van een diagnose en het geven van een advies enig effect hebben gehad op de beleving en dus wellicht ook op de omgang met het kind. Wij hebben namelijk, op basis van onze klinische ervaring, de indruk dat het meedelen van een diagnose en het geven van advies van pedagogisch belang kan zijn, en wel omdat de visie van de ouders op de problematiek van het kind en daarmee hun beleving daarvan verandert.

### V.2.5. Samenvatting onderzoek

#### *Experimentele groep*

- \* Taalgestoorde kinderen
- \* Spraak/taalproblemen geobjectiveerd middels taaltesten (Reynell; spontane taalanalyse)
- \* Onderzoeksperiode: jan. '85 - april '86
- \* Medische anamnese
- \* Medisch en psychologisch onderzoek om beïnvloedende of oorzakelijke factoren te traceren
- \* HOME (objectivering van 6 stimuleringsaspecten)
- \* Vragenlijst Gedrag en Taalontwikkeling 2- en 3-jarigen (RU-Leiden)
- \* Interview

#### *Controlegroep*

- \* Normaal sprekende kinderen
- \* Normale spraak/taalontwikkeling op aanwijzing van juf peuterspeelzaal
- \* Onderzoeksperiode: febr. '86 - april '86
- \* Medische anamnese
- 
- \* HOME (idem)
- \* Vragenlijst Gedrag en Taalontwikkeling 2- en 3-jarigen (RU-Leiden)
- \* Interview

Interview met de ouders van beide groepen:

- a) opvatting van de ouders m.b.t.
  - spreekprestaties van het kind
  - gedrag van het kind zowel thuis als in contact met andere kinderen
  - opvoeding van het kind
  - mogelijke oorzaken van spraak- en taalproblemen
  - spraak- en taalstimulatie
- b) beleving van ouders ten aanzien van spraak- en taalproblemen.

### V.2.6. Tijdspad van de verschillende onderzoeken

Alvorens dit hoofdstuk van vragen, uitgangspunten en opzet voor het onderzoek te besluiten, geven we in een kort overzicht de momenten aan waarop de verschillende onderzoeken hebben plaatsgevonden. We gaan hierbij uit van vier fasen.

*Fase I.* De ouders bezoeken met hun vermoedelijk spraak- en/of taalgestoorde kind voor het eerst het Centrum voor Stem-, Spraak- en Taalstoornissen van de KNO-kliniek, Academisch Ziekenhuis Groningen. Het kind krijgt een spraak-taalonderzoek en een medisch onderzoek. Bij de ouders wordt een medische en

pedagogische anamnese afgenomen met betrekking tot de spraak- en taalproblematiek van hun kind. De ouders vullen vervolgens de vragenlijst Gedrag en Taalontwikkeling 2- en 3-jarigen in. De ouders van de kinderen uit de controlegroep krijgen de vragenlijst thuis gestuurd.

*Fase II.* In de eerstkomende week na het eerste bezoek aan de kliniek of de ontvangst van de vragenlijst, bezoeken twee studenten orthopedagogiek van de RU-Groningen, onder supervisie van Dr. M. Smrkovsky, de kinderen thuis en nemen de HOME af.

*Fase III.* In de tweede week na het eerste bezoek aan de kliniek wordt bij het kind, wederom in de kliniek, een psychologisch onderzoek afgenomen bestaande uit de SPT, de lokale BOS 2-30 en eventueel uit de KSON. De ouders van de taalgestoorde kinderen worden dezelfde ochtend geïnterviewd. De ouders van de kinderen uit de controlegroep worden in de tweede week telefonisch, na vooraf gemaakte afspraak, geïnterviewd. Aansluitend op het psychologisch onderzoek en het interview vindt met de ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep een gesprek plaats, waarin de diagnose wordt meegedeeld en advisering volgt met betrekking tot bepaalde gedragslijnen. Soms wordt in dit gesprek met de ouders aangedrongen op nader onderzoek door een kinderneuroloog of kinderpsychiater.

*Fase IV.* Vier maanden na het meedelen van de diagnose en het gegeven advies vindt bij het spraak-taalgestoorde kind opnieuw een medisch onderzoek en een spraak-taalonderzoek plaats. Met de ouders vindt een evaluatiegesprek plaats aan de hand van een tweede interview.

## VI. Resultaten

We zullen de resultaten in dezelfde volgorde bespreken, als we in hoofdstuk V de uitgangspunten voor en de opzet van het onderzoek hebben behandeld, te weten:

1. Populatie
2. Het verschijnsel taalontwikkelingsstoornis (aard en samenhangende factoren)
3. Beleving van de ouders ten aanzien van
  - de taalproblematiek
  - de mogelijke oorzaken
  - de eigen emoties
  - het gedrag van het kind
  - de omgangsvorm met het kind
4. Herhaling van delen van het onderzoek na vier maanden.

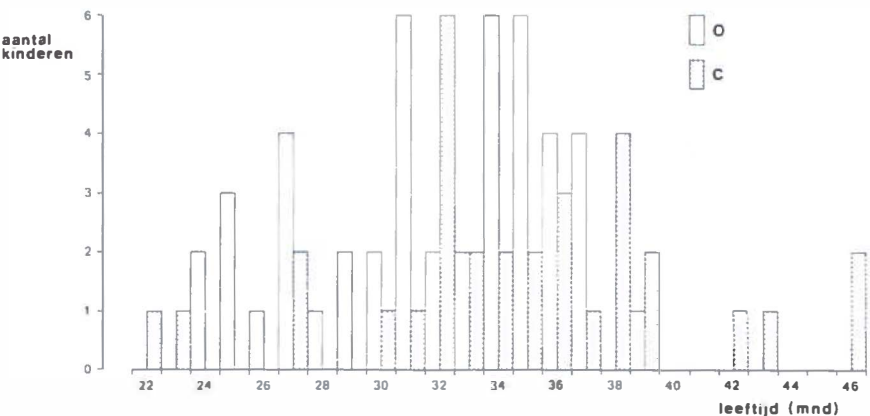
### VI.1. Populatie

*De onderzoeksgroep* is samengesteld in de periode van 1 januari 1985 tot 1 april 1986. In die periode worden 48 kinderen met verdenking op 'audimutitas' aangemeld. De ouders van 46 kinderen geven toestemming hun kind in de onderzoeksgroep te betrekken. Het zijn 34 jongens en 12 meisjes. Deze verdeling tussen jongens en meisjes lijkt de algemeen geaccepteerde gedachte dat jongens over het algemeen trager zijn in hun taalontwikkeling dan meisjes (Rutter 1972) te bevestigen. De verhouding jongens : meisjes is bijna 3 : 1. De leeftijden van de kinderen variëren van 24 maanden tot 39 maanden, de gemiddelde leeftijd is 31,8 maanden. Gezien het feit dat bij het Centrum voor Stem-, Spraak- en Taalstoornissen per jaar ca. 400 kinderen tussen nul en zes jaar met spraak- en taalproblemen worden aangemeld, gaat het dus bij de op leeftijd geselecteerde onderzoeksgroep om een relatief kleine groep van spraak-taalgestoorde kinderen.

*De controlegroep* bestaat uit 32 kinderen, waarvan 18 jongens en 14 meisjes. Alle 32 kinderen bezoeken een peuterspeelklas en spreken, naar het oordeel van de ouders en de peuterleidster, normaal gezien de leeftijd. De ouders hebben op een schriftelijk verzoek gereageerd en hebben op die manier toestemming verleend. De leeftijden van de kinderen variëren van 22 maanden tot 46 maanden, de gemiddelde leeftijd is 34,4 maanden.

De verdeling van de leeftijden, zowel in de onderzoeksgroep als in de controlegroep, is weergegeven in figuur VI-1.

**Figuur VI-1** Verdeling van de leeftijden bij de onderzoeksgroep (o) en de controlegroep (c)



## **VI.2. Het verschijnsel taalontwikkelingsstoornis**

We zullen eerst de verschijningsvorm (de aard) van de taalontwikkelingsstoornissen bespreken (VI.2.1) en vervolgens de oorzaken of de factoren die deze taalontwikkelingsstoornissen beïnvloeden (VI.2.2).

### **VI.2.1. De aard van de taalontwikkelingsstoornissen**

Bij alle 46 kinderen uit de onderzoeksgroep is de taal op vier taalniveaus onderzocht, waarbij zowel het taalbegrip, de taalproductie als de pragmatische kant van de communicatieve ontwikkeling (het taalgebruik) zijn onderzocht.

#### **VI.2.1.1. Het taalbegrip**

Met behulp van de Reynell Language Developmental Scales (revised 1977) is het taalbegrip vastgesteld. De door de kinderen behaalde resultaten zijn weergegeven in tabel VI-2.

**Tabel VI-2** Taalbegripsscore bij de 46 aangemelde kinderen

goed taalbegrip	- 12 kinderen	- 26%
voldoende taalbegrip	- 13 kinderen	- 28%
onvoldoende taalbegrip	- 5 kinderen	- 11%
kind niet te testen (reageren niet op de gegeven opdrachten)	- 16 kinderen	- 35%

Slechts ongeveer een kwart van de kinderen die nog niet of nauwelijks spreken, begrijpen de taal leeftijdsadequaat. Een opmerkelijk groot aantal kinderen (35%)

is nog niet in staat om gericht aan het onderzoek mee te werken. De opdrachten gaan volledig langs hen heen; ze raken hoogstens geboeid door het speelgoed en spelen daarmee soms hun eigen spel.

### VI.2.1.2. De taalproductie

Bij alle 46 kinderen is geprobeerd ze aan het praten te krijgen door middel van uitlokken met behulp van spel en speelgoed. De door ervaren klinisch logopedisten opgetekende taalproductie is gescoord van nul tot en met zeven aan de hand van de verschillende stadia in het normale taalverwervingsproces volgens Schaerlaekens (1977). Elk stadium krijgt een bepaalde score. De prestaties ten aanzien van de taalproductie zijn weergegeven in tabel VI-3.

**Tabel VI-3. Taalproductie bij de 46 aangemelde kinderen.**

score 0	geen taalproductie	5 kinderen	- 11%
score 1	klankproductie, al dan niet gevarieerd	5 kinderen	- 11%
score 2	gevarieerde klankproductie met af en toe een herkenbaar woord	18 kinderen	- 39%
score 3	enkele woordjes	9 kinderen	- 19%
score 4	éénwoorduitingen	6 kinderen	- 13%
score 5	tweewoorduitingen	3 kinderen	- 7%
score 6	drie tot vijfwoorduitingen	0 kinderen	- 0%

De meerderheid van de kinderen spreekt inderdaad niet of nauwelijks (80%). Slechts 9 kinderen (20%) voldoen niet aan de diagnose 'audimutitas'. Deze kinderen produceren in tegenstelling tot wat de ouders vermelden, één of tweewoorduitingen. Deze negen kinderen zijn allemaal echter ouder dan 30 maanden (resp. 30, 31, 32 en 34 (3 maal), 35 (2 maal) en 37 maanden oud). We kunnen bij deze kinderen dus wel spreken van een taalontwikkelingsstoornis, omdat kinderen ouder dan 30 maanden het stadium van de tweewoord-zin gewoonlijk al verlaten hebben. Het stadium van de tweewoord-zin past bij een kalenderleeftijd van ca. 18 tot 24 maanden (Schaerlaekens 1977).

Van alle 46 kinderen is de vraag van de ouders of verwijzer(s) naar een beoordeling van de spreekprestaties terecht. Het gaat in alle gevallen, althans wat betreft de taalproductie, om kinderen met een taalontwikkelingsstoornis.

### VI.2.1.3. Het taalgebruik

Het taalgebruik van de 46 kinderen, de pragmatische kant van de communicatieve ontwikkeling, is opgetekend terwijl ze meededen (of niet meededen), aan de taalbegripstest en tijdens de meer vrije spel-situatie. De reacties van de kinderen, opgetekend door ervaren klinisch logopedisten, zijn gescoord volgens een vijf-puntsschaal. De communicatieve ontwikkeling is weergegeven in tabel VI-4. Een kleine meerderheid (53%) van de kinderen is verbaal, non-verbaal of gecombineerd actief in de communicatie. De pragmatische ontwikkeling is bij deze kinderen dus niet gestoord. Een kwart van de kinderen is slechts reactief op de omgeving betrokken en de rest vertoont geen behoefte om te communiceren, ze gaan hun eigen gang.

**Tabel VI-4 Communicatiescore bij de 46 aangemelde kinderen**

score 0	nauwelijks of geen communicatief gedrag	10 kinderen	- 21%
score 1	geen verbale communicatie; reactieve non-verbale communicatie	12 kinderen	- 26%
score 2	geen verbale communicatie, actieve non-verbale communicatie	16 kinderen	- 35%
score 3	reactieve verbale communicatie; actieve non-verbale communicatie	3 kinderen	- 7%
score 4	actief gebruik van verbale en non-verbale communicatie	5 kinderen	- 11%

#### VI.2.1.4. De samenhang tussen taalbegrip, taalproductie en taalgebruik

De taalbegripsscores, de taalproductiescores en de communicatiescores van de kinderen uit de onderzoeksgroep kunnen sterk verschillen. Er zijn kinderen met een goed taalbegrip, maar ook kinderen die een sterk onvoldoende taalbegrip hebben, er zijn kinderen met een goede communicatiescore, maar ook kinderen die nauwelijks of geen communicatief gedrag vertonen. Alle kinderen hebben een onvoldoende taalproductie voor hun leeftijd, maar ook deze taalproductie kan onderling nog weer verschillen. De vraag komt nu op of er samenhang bestaat tussen mate van taalbegrip, mate van taalproductie en mate van communicatieve ontwikkeling. Kunnen we er bijvoorbeeld van uitgaan dat een kind met een goed taalbegrip een betere taalproductie heeft en een betere communicatieve ontwikkeling dan een kind met een voldoende of een onvoldoende taalbegrip?

Uitgaande van de taalbegripsscore die de kinderen uit de onderzoeksgroep hebben gehaald, zullen we in de volgende paragrafen nagaan of hiermee een bepaald taalproductie-niveau en/of bepaald communicatief gedrag samengaat.

We zullen de taalproductie weergeven in de scores 0 tot en met 6 en de communicatieve ontwikkeling in de scores 1 tot en met 4 (zie ook VI.2.2 en VI.2.3). Score 0 is de laagste score die behaald kan worden en score 4 of 6 de hoogste:

##### *Taalproductiescore*

- 0 = geen taalproductie
- 1 = klankproductie, al dan niet gevarieerd
- 2 = gevarieerde klankproductie met af en toe een herkenbaar woord
- 3 = enkele woordjes
- 4 = éénwoorduitingen
- 5 = tweewoorduitingen
- 6 = drie- tot vijfwoorduitingen

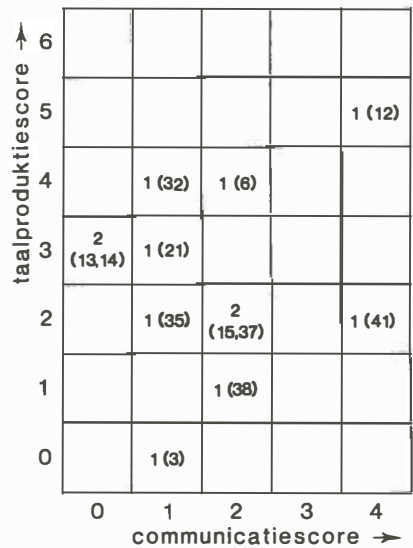
##### *Communicatiescore*

- 0 = nauwelijks of geen communicatief gedrag
- 1 = geen verbale communicatie; reactieve non-verbale communicatie
- 2 = geen verbale communicatie; actieve non-verbale communicatie
- 3 = reactieve verbale communicatie; actieve non-verbale communicatie
- 4 = actief gebruik van verbale en non-verbale communicatie

a. *Taalgestoorde kinderen met een goed taalbegrip*

Twaalf kinderen uit de onderzoeksgroep hebben een goed taalbegrip. Wanneer we van elk van de kinderen de bijbehorende taalproductie- en communicatiescore in een matrix uitzetten (Fig. VI-5), komen we tot het volgende beeld:

**Figuur VI.5** Taalproductiescore van kinderen met een goed taalbegrip (n=12)



Steeds is aangegeven hoeveel kinderen een bepaalde combinatie aan taalproductie en communicatie vertonen. Tussen haakjes zijn de volgnummers van de onderzochte kinderen vermeld.

We zien dat de taalgestoorde kinderen met een goed taalbegrip vaak lage taalproductie- en communicatiescores hebben.

Acht van de twaalf kinderen produceren slechts klanken of een enkel woordje en hebben een overwegend non-verbaal contact, meestal reactief. Twee kinderen zitten in het stadium van de éénwoord-zin, de één vertoont actief non-verbaal contact (geen verbale communicatie), de ander communiceert alleen reactief, non-verbaal. Eén kind zegt niets en reageert alleen non-verbaal. Eén kind kan in tweewoorduitingen spreken en is actief in de communicatie, zowel verbaal als non-verbaal.

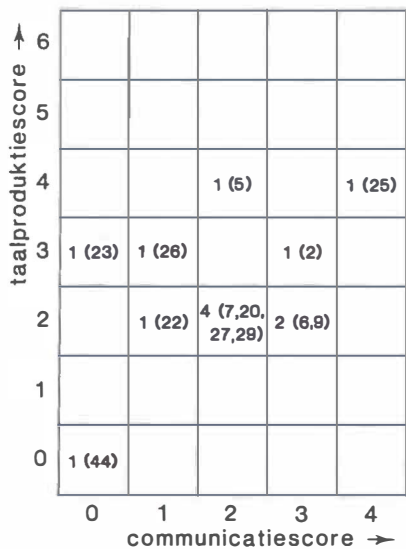
b. *Taalgestoorde kinderen met een voldoende taalbegrip*

Dertien kinderen uit de onderzoeksgroep hebben een voldoende taalbegrip. De voor elk kind bijbehorende taalproductie- en communicatiescore is weergegeven in de volgende matrix (Fig. VI-6).

We zien dat de taalgestoorde kinderen met een voldoende taalbegrip in hun taalproductie nauwelijks verschillen van de taalgestoorde kinderen met een goed taalbegrip en dat ook hun communicatiescores ongeveer op dezelfde manier verdeeld zijn. De taalproductie beperkt zich bij tien kinderen tot klankproductie of tot enkele woordjes, de communicatie is overwegend actief, althans non-verbaal. Eén kind zegt niets en vertoont ook nauwelijks of geen communicatie. Twee kinderen produceren éénwoorduitingen, beide reageren actief in de com-

municatie, de één overwegend non-verbaal, de ander zowel verbaal als non-verbaal.

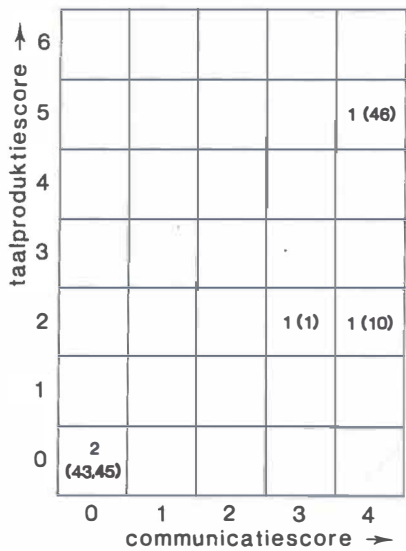
**Figuur VI-6** De taalproductiescores van de kinderen met een voldoende taalbegrip (n=13)



*c. Taalgestoorde kinderen met een onvoldoende taalbegrip*

Vijf kinderen uit de onderzoeksgroep hebben een onvoldoende taalbegrip. De voor elk kind bijbehorende taalproductie- en communicatiescore is weergegeven in de volgende matrix (Fig. VI-7).

**Figuur VI-7** De taalproductiescores van de kinderen met een onvoldoende taalbegrip (n=5)





De taalgestoorde kinderen met een *onvoldoende* taalbegrip zijn wanneer ze ook niets zeggen, nauwelijks of niet communicatief ingesteld (tweemaal), en wanneer ze wel klanken of woorden produceren, erg communicatief ingesteld (driemaal). Ze lijken zowel wat betreft de taalproductie als wat betreft het totale communicatieve gedrag uitersten te kunnen zijn.

*d. Taalgestoorde kinderen die niet op de taalbegripstest reageren*

Zestien kinderen uit de onderzoeksgroep zijn niet in staat om gericht aan de taalbegripstest mee te werken. De opdrachten gaan langs hen heen. Deze kinderen raken hoogstens geboeid door het testmateriaal en spelen daarmee som hun eigen spel.

De voor elk kind bijbehorende taalproductie- en communicatiescore is weer-gegeven in de volgende matrix (Fig. VI-8).

**Figuur VI-8 De taalproductiescores van de kinderen die niet op de taaltest reageren (n=16)**

taalproductiescore ↑	6					
	5		1 (17)			
	4	1 (24)	1 (40)			
	3		2 (34,36)			
	2	1 (8)	1 (33)	4 (11,16, 19,39)		
	1	2 (28,30)		2 (4,42)		
	0		1 (31)			
		0	1	2	3	4
	communicatiescore →					

We zien dat de taalgestoorde kinderen die niet in staat zijn om aan de taalbegripstest mee te werken over het algemeen ook lage taalproductiescores hebben en niet erg communicatief zijn ingesteld. De kinderen zijn kennelijk nog niet gericht op de ander als communicatiepartner; ze zitten nog volop in hun eigen egocentrische wereld.

**VI.2.1.4.1. Conclusie met betrekking tot de samenhang tussen taalbegrip, taalproductie en taalgebruik (communicatieve ontwikkeling)**

Wanneer we de vier matrixen uit de vorige vier paragrafen overzien, dan blijkt er geen eenduidige samenhang te bestaan tussen taalbegrip, taalproductie en communicatief gedrag. Een goed taalbegrip gaat zeker niet altijd samen met een goede communicatieve ontwikkeling en een onvoldoende taalbegrip hoeft niet te betekenen dat de communicatieve ontwikkeling laag is.

Ook berekende correlatiecoëfficiënten, zowel de Pearson, de Kendall als de Spearman correlatie, tonen aan dat de verbanden gering zijn (zie Tabel VI-9). Op basis van een taalbegripsscore, een taalproductiescore of een communicatiescore kan men geen verwachtingen hebben ten aanzien van de prestaties op de overige twee gebieden. *Wat betreft de talige prestaties zijn de taalgestoorde kinderen geen eenduidige groep.*

**Tabel VI-9 Correlaties tussen taalbegrip, taalproductie en communicatie (n=46)**

De resultaten van de drie verschillende statistische verwerkingsmethoden zijn weergegeven,  $r$  = correlatiecoëfficiënt,  $p$  = waarschijnlijkheidsniveau. Er heeft een tweezijdige toetsing plaatsgevonden.

	<i>Taalbegrip</i>	<i>Taalproductie</i>
<i>Taalproductie</i>	$r = .16$ $p = .28$ (Pearson)  $r = .15$ $p = .24$ (Kendall)  $r = .17$ $p = .25$ (Spearman)	
<i>Communicatie</i>	$r = .19$ $p = .19$ (Pearson)  $r = .15$ $p = .24$ (Kendall)  $r = .18$ $p = .23$ (Spearman)	$r = .18$ $p = .22$ (Pearson)  $r = .15$ $p = .24$ (Kendall)  $r = .18$ $p = .24$ (Spearman)

## VI.2.2. Oorzaken van taalontwikkelingsstoornissen

Wat betreft de mogelijke oorzaken van taalontwikkelingsstoornissen is niet alleen medisch en psychologisch/pedagogisch onderzoek verricht teneinde bepaalde beïnvloedende factoren te kunnen vaststellen. Ook is een medische anamnese afgenomen. Deze anamnese is zowel bij de ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep, als bij de ouders van de kinderen uit de controlegroep afgenomen. Bij de eerste groep mondeling tijdens het eerste bezoek, bij de tweede groep mondeling, maar telefonisch bij het leggen van het eerste contact.

Naast een medische anamnese is bij beide groepen ouders een pedagogische anamnese afgenomen, waarbij we wat betreft het opsporen van de mogelijke oorzaken van taalontwikkelingsstoornissen vooral geïnteresseerd zijn in de mate waarin de situatie thuis de taalontwikkeling van het kind stimuleert. Ook is bij beide groepen de HOME (Home Observation of Measurement of the Environment - Caldwell en Bradley 1979) afgenomen. Het gerichte medisch en psychologisch/pedagogisch onderzoek is alleen bij de kinderen uit de onderzoeksgroep uitgevoerd.

We zullen nu eerst de gegevens van de medische anamnese bespreken (2.2.1), vervolgens de gegevens over de situatie thuis (2.2.2) en in de derde plaats de

uiteindelijk vastgestelde oorzakelijke of beïnvloedende factoren voor de aanwezige taalstoornissen (2.2.3) We zullen deze paragraaf afsluiten met de adviezen die aan ouders zijn gegeven (2.2.4).

### VI.2.2.1. Medische anamnese

De frequenties van de medische klachten zijn weergegeven in tabel VI-10. Weergegeven is bij hoeveel kinderen uit de onderzoeksgroep en de controlegroep de genoemde klachten optreden en percentages zijn berekend op de groepsgrootte van elk van beide groepen. De genoemde klachten kunnen uiteraard ook gecombineerd voorkomen.

**Tabel VI-10 Medische anamnese. Inventarisatie van klachten**

<i>Klachten over:</i>	<i>Onderzoeksgroep</i>	<i>Controlegroep</i>
keel	2 kinderen - 4%	2 kinderen - 6%
neus	3 kinderen - 11%	4 kinderen - 13%
oren	9 kinderen - 19%	3 kinderen - 9%
oorontstekingen	12 kinderen - 26%	5 kinderen - 16%
amandelen (A+T)	14 kinderen - 31%	7 kinderen - 22%
verkoudheid	14 kinderen - 30%	7 kinderen - 22%
slapen	5 kinderen - 11%	1 kind - 3%
eetlust	14 kinderen - 30%	11 kinderen - 35%
manier van eten	10 kinderen - 22%	2 kinderen - 6%
verslikken	8 kinderen - 17%	4 kinderen - 13%
kwijlen	16 kinderen - 35%	6 kinderen - 19%
hoge koorts	7 kinderen - 15%	5 kinderen - 16%
bewusteloosheid	4 kinderen - 9%	0 kinderen - 0%
blazen	4 kinderen - 9%	1 kind - 3%
geen informatie	4 kinderen - 9%	2 kinderen - 6%
zuigen	7 kinderen - 15%	0 kinderen - 0%
geen informatie	4 kinderen - 9%	1 kind - 3%
reflux door de neus	1 kind - 2%	1 kind - 3%

Er blijken tussen beide groepen kinderen geen opvallende verschillen te zijn met betrekking tot de klachten op medisch terrein. In de onderzoeksgroep komen in verhouding mogelijk iets meer oorproblemen voor, wordt de manier van eten iets vaker opvallend genoemd, zouden de kinderen iets meer kwijlen, zou bewusteloosheid iets vaker voorkomen en worden blazen en zuigen (zuigen meer opvallend dan blazen) iets vaker nog niet beheerst. De verschillen zijn echter niet significant.

De medische anamnese is op twee plaatsen nog aangevuld, namelijk door aan de ouders te vragen of er spreekproblemen in de familie voorkomen en de vraag naar de ontstaanswijze van de spraak-taalproblematiek, de vraag of de spraak-taalontwikkeling altijd al anders is geweest of plotseling is begonnen. We willen weten of er mogelijk een familiale predispositie is voor het ontstaan van taalstoornissen en of taalstoornissen plotseling dan wel geleidelijk 'ontstaan'.

#### *Voorkomen van spreekproblemen in de familie*

De door de ouders gegeven informatie over spraak-taalproblemen in de familie is weergegeven in tabel VI-11.

**Tabel VI-11 Voorkomen van spreekproblemen in de familie**

	<i>onderzoeksgroep</i> n = 46		<i>controlegroep</i> n = 32	
geen spreekproblemen in de familie	36 maal	- 79%	30 maal	- 94%
familie vader	5 maal	- 11%		
familie moeder	1 maal	- 2%	2 maal	- 6%
familie vader en moeder	2 maal	- 4%	-	
andere broertjes of zusjes	2 maal	- 4%	-	

In de onderzoeksgroep komen, volgens de informatie van de ouders, iets vaker spreekproblemen in de familie voor (10 maal, d.i. 21%) dan in de controlegroep (2 maal, d.i. 6%). De spreekproblemen komen vaker van de kant van de vader, dan van de moeder. Van een familiale predispositie kunnen we echter niet spreken. De verschillen tussen beide groepen zijn niet significant (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.07$ ,  $z=-1.83$ ).

#### *Ontstaanswijze van de spraak/taalproblematiek*

Volgens de meerderheid van de ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep is het spreken van hun kind altijd al anders geweest (bij 44 kinderen, d.i. 96%). Slechts bij twee kinderen zijn de problemen plotseling begonnen (4%). De spraak- taalproblemen 'ontstaan' dus meestal geleidelijk.

#### **VI.2.2.2. Stimulatie thuis**

Algemeen wordt aangenomen dat een taalstimulerende omgeving van groot belang is voor een goede spraak-taalontwikkeling. We willen weten in welke mate de situatie thuis de taalontwikkeling van het kind stimuleert of niet. In de pedagogische anamnese is aan de ouders gevraagd in hoeverre zij de spraak- en taalontwikkeling stimuleren. Daarnaast is de huiselijke situatie geanalyseerd met behulp van de HOME.

##### *a. Resultaten pedagogische anamnese*

Op de vraag aan de ouders of zij het spreken van hun kind stimuleren, antwoorden 36 ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep met ja (d.i. 78%). Slechts 10 van de ouders geven aan de taal niet bewust te stimuleren (22%). Bij de ouders van de kinderen uit de controlegroep stimuleert 44% de taal bewust (15 kinderen). Meer dan de helft van de ouders geeft aan de taal niet te stimuleren (18 kinderen - 56%). Ook naar de manier waarop de ouders de taal stimuleren is gevraagd. De manier waarop ouders de spraak- en taalontwikkeling van hun kind stimuleren is weergegeven in tabel VI-12.

Ouders van taalgestoorde kinderen blijken bewuster met taalstimulatie bezig te zijn dan ouders van normaal sprekende kinderen in dezelfde leeftijd (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.04$ ,  $z=-2.06$ ).

De ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep benoemen significant meer (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.00$ ,  $z=-4.48$ ) en laten significant meer naspreken (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.00$ ,  $z=-4.69$ ) dan de ouders van de kinderen uit de controlegroep. De ouders van de kinderen uit de controlegroep lijken hun kinderen meer te verbeteren dan de ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep,

**Tabel VI-12 Manier van stimuleren van de spraak- en taalontwikkeling**

	<i>ouders onderzoeksgroep</i> n = 46		<i>ouders controlegroep</i> n = 32	
benoemen	31 maal	- 67%	5 maal	- 16%
voorlezen	20 maal	- 44%	13 maal	- 41%
liedjes zingen	3 maal	- 7%	3 maal	- 9%
na laten spreken	25 maal	- 54%	1 maal	- 3%
verbeteren	1 maal	- 2%	5 maal	- 16%
herhalen	4 maal	- 9%	1 maal	- 3%
andere manieren	3 maal	- 7%	5 maal	- 16%

maar deze verschillen zijn niet significant. Voorlezen gebeurt in beide groepen ongeveer even vaak, evenals liedjes zingen.

*Kortom: de taal wordt bij taalgestoorde kinderen bewust gestimuleerd en dit gebeurt, anders dan bij normaal sprekende kinderen in dezelfde leeftijd, door middel van benoemen en na laten spreken.*

### **b. Resultaten HOME**

De huiselijke situaties zoals geanalyseerd met behulp van de HOME, geven opvallende verschillen aan tussen de onderzoeksgroep en de controlegroep.

De emotionele en verbale reacties van de moeder op het kind, stimuleringsaspect 1 ( $M_1$ ), zijn bij de taalgestoorde kinderen over het algemeen minder dan bij de kinderen uit de controlegroep (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.00$ ,  $z=-2.87$ ). De ouders van taalgestoorde kinderen treden over het algemeen ook meer regulerend op waar anderen bij zijn, stimuleringsaspect 2 ( $M_2$ ), dan ouders van de kinderen uit de controlegroep (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.00$ ,  $z=-3.35$ ).

De manier waarop de omgeving van het kind georganiseerd is, stimuleringsaspect 3 ( $M_3$ ), is tussen beide groepen niet significant verschillend (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.38$ ,  $z=-.89$ ). Het aanbod van spelmateriaal, stimuleringsaspect 4 ( $M_4$ ), is echter duidelijk minder bij de kinderen uit de onderzoeksgroep (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.03$ ,  $z=-2.22$ ). De moeders uit de onderzoeksgroep zijn daarnaast minder op het spel van hun kind betrokken, stimuleringsaspect 5 ( $M_5$ ), dan de moeders uit de controlegroep (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.01$ ,  $z=-2.77$ ), en ook de variatie in de omgang met anderen, stimuleringsaspect 6 ( $M_6$ ), is bij de taalgestoorde kinderen minder dan bij de kinderen uit de controlegroep (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.00$ ,  $z=-4.62$ ).

De scores op de stimuleringsaspecten  $M_1$ ,  $M_2$  en  $M_6$  vormen gezamenlijk een discriminant-functie, die in 74% van de gevallen de kinderen van beide groepen correct classificeert (discriminant-analyse volgens de Wilks methode). Dat wil zeggen dat *de emotionele en verbale reacties van de moeder op het kind, het regulerende optreden van de ouders en de variatie in de omgang met anderen tussen de beide groepen het meest verschillen.*

### **VI.2.2.3. Vastgestelde oorzakelijke of beïnvloedende factoren voor de aanwezige taalontwikkelingsstoornissen**

Bij de kinderen uit de onderzoeksgroep is een medisch onderzoek verricht en een psychologisch/pedagogisch onderzoek teneinde eventueel oorzakelijke factoren

**Tabel VI-13 Medisch/psychologisch-pedagogisch onderzoek**

<i>proef pers.</i>	<i>spraakorga- nen/spraak- motoriek</i>	<i>gehoor</i>	<i>psycholo- gisch onderzoek</i>	<i>neurolo- gisch onder- zoek</i>	<i>psychia- trisch onder- zoek</i>	<i>dia- gnose</i>	<i>advies</i>
001	-	+	+	-	nvt	9	trommelvliesbuisjes
002	+(spr.mot.)	-	-	nvt	nvt	8	logopedische therapie
003	-	-	-	nvt	nvt	1	taalstimulatie
004	-	-	+	nvt	nvt	2	algemene stimulatie
005	+(spr.mot.)	-	+	nvt	nvt	9	A+T
006	-	-	-	-	nvt	4	logopedische therapie
007	-	-	-	nvt	nvt	1	taalstimulatie
008	-	-	-(gedrag)	nvt	nvt	4	algemene stimulatie
009	-	-	-	nvt	nvt	1	taalstimulatie
010	-	+	+	nvt	nvt	9	tr.vl. buisjes + alg. stim.
011	-	-	-	nvt	nvt	4	algemene stimulatie
012	-	-	-	nvt	nvt	4	algemene stimulatie
013	-	-	niet gew.	nvt	nvt	4	-
014	-	-	-	nvt	nvt	1	taalstimulatie
015	-	-	-	nvt	nvt	1	taalstimulatie
016	-	-	+	-	nvt	2	algemene stimulatie
017	-	-	+	-	+	5	kind.psychiatrische hulp
018	-	-	-	nvt	nvt	1	logopedische therapie
019	-	-	+(veel ziek geweest)	nvt	nvt	4	algemene stimulatie
020	-	+	-	nvt	nvt	3	trommelvliesbuisjes
021	+(schisis)	-	-	nvt	nvt	7	operatie velum
022	-	-	-	nvt	nvt	4	taalstimulatie
023	-	-	+	-	nvt	2	algemene stimulatie
024	-	-	+	nvt	nvt	2	algemene stimulatie
025	-	-	+	-	nvt	2	algemene stimulatie
026	-	-	-	nvt	nvt	4	taalstimulatie
027	-	-	+	+	nvt	6	algemene stimulatie
028	-	+	doet niet mee	nvt	nvt	3	tr.vl. buisjes + alg. stim.
029	-	+	+	nvt	nvt	9	trommelvliesbuisjes
030	-	-	doet niet mee	-	+	5	kind.psychiatrische hulp
031	-	-	+	-	nvt	2	alg. stimulatie (KDV)
032	-	-	-	nvt	nvt	1	taalstimulatie
033	-	-	-	-	nvt	1	taalstimulatie
034	-	+	+	+	nvt	9	tr.vl. buisjes + alg.stim.
035	-	-	-	nvt	nvt	1	taalstimulatie
036	-	-	doet niet mee	nvt	nvt	9	alg. stim. (spec. ond.)
037	-	-	-(gedrag)	nvt	nvt	1	algemene stimulatie
038	+(spr.mot.)	-	-	nvt	nvt	8	logopedische therapie
039	-	+	-	nvt	nvt	3	taalstim. + tr.vl.buisjes
040	-	+	-	nvt	nvt	3	trommelvliesbuisjes
041	-	-	-	+	nvt	6	logopedische therapie
042	-	-	-(gedrag)	nvt	nvt	4	algemene stimulatie
043	-	+	+	-	nvt	9	tr.vl.buisjes + alg.stim.(KDV)
044	-	+	-	nvt	nvt	3	trommelvliesbuisjes
045	-	doet niet mee	-	nvt	nvt	2	alg. stimulatie (MKD)
046	-	+	-	nvt	nvt	3	trommelvliesbuisjes

- betekent: geen afwijkingen

+ betekent: wel afwijkingen

te kunnen traceren. Het onderzoek leverde resultaten zoals weergegeven in tabel VI-13.

Een minus (-) in de tabel betekent dat er bij het onderhavige onderzoek geen afwijkingen zijn gevonden, een plus (+) betekent dat er wel afwijkingen zijn gevonden. Niet van toepassing (nvt) staat vermeld wanneer er geen aanleiding was om het betreffende onderzoek te laten verrichten. De genoemde coderingen onder de diagnose verwijzen naar de volgende oorzakelijke factoren:

- 2: mentale retardatie
- 3: slechthorendheid
- 4: sociale omstandigheden
- 5: emotionele ontwikkelingsstoornissen
- 6: neurologische ontwikkelingsstoornissen
- 7: afwijkingen aan de spraakorganen
- 8: onvoldoende beheersing van de spraakmotoriek
- 9: combinaties.

De diagnose 1 betekent dat er geen duidelijk aanwijsbare oorzakelijke of beïnvloedende factor is gevonden en dat het derhalve gaat om een opzichzelfstaande spraak- en/of taalontwikkelingsstoornis.

#### *Conclusie vanuit Tabel VI-13*

Bij de 46 kinderen bij wie ogenschijnlijk een opzichzelfstaande spraak- en taalproblematiek aanwezig was, werden uiteindelijk de volgende diagnoses gesteld:

- |                                                                          |              |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------|
| - mentale retardatie:                                                    | 7 maal - 16% |
| - verminderde gehoorscherpheid:                                          | 6 maal - 13% |
| - sociale omstandigheden<br>(weinig stimulerende pedagogische omgeving): | 9 maal - 20% |
| - emotionele ontwikkelingsstoornissen:                                   | 2 maal - 4%  |
| - neurologische ontwikkelingsstoornis:                                   | 2 maal - 4%  |
| - afwijkingen aan de spraakorganen:                                      | 1 maal - 2%  |
| - onvoldoende beheersing over de spraakmotoriek:                         | 2 maal - 4%  |
| - combinaties<br>(meestal gehoorproblemen en algehele retardatie):       |              |
| - op zichzelf staande spraak-taalontwikkelingsstoornis:                  |              |

Taalgestoorde kinderen volgens een vast medisch/psychologisch-pedagogisch protocol onderzoeken, blijkt dus zeker geen overbodige luxe.

*De taalgestoorde kinderen zijn, net als wat betreft de talige prestaties, ook wat betreft de oorzakelijke of beïnvloedende factoren geen éénduidige groep.*

#### **VI.2.2.4. Adviezen die aan de ouders zijn gegeven**

Het foniatische en psychologisch-pedagogische onderzoek werd bij alle kinderen afgesloten met een adviesgesprek met de ouders. Hierin werd aan de ouders de diagnose meegedeeld en volgde advisering met betrekking tot bepaalde gedragslijnen naar het kind.

Gezien de zeer verschillende diagnoses die gesteld werden, werden uiteraard ook zeer verschillende adviezen gegeven. We hebben de adviezen aan de ouders zoveel mogelijk afgestemd op het totale ontwikkelingsbeeld van het kind, de eventueel duidelijk aanwijsbare beïnvloedende factoren en de pedagogische situatie thuis. Bijvoorbeeld, wanneer is vastgesteld dat er bij een bepaald kind (020)



een verminderde gehoorscherpthe aanwezig is, er verder geen afwijkingen bij het kind zijn en de omgeving taalstimulerend is, dan worden er gehoorverbeterende maatregelen voorgesteld, in dit geval plaatsing van trommelvliesbuisjes. Wanneer een bepaald kind (002) onvoldoende willekeurige beheersing heeft over de spraakmotoriek en er verder geen afwijkingen bij het kind zijn, wordt logopedische therapie geadviseerd. Wanneer een bepaald kind (006) opgroeit in een weinig stimulerende pedagogische omgeving wordt algemene stimulatie geadviseerd, meestal in de vorm van plaatsing in een peuterspeelklas. Wanneer een bepaald kind (016 of 031) een algemene ontwikkelingsretardatie vertoont, wordt ook algemene stimulatie geadviseerd, maar hangt het van de ernst van de ontwikkelingsretardatie en de pedagogische omgeving af of dit advies plaatsing in een peuterspeelklas betreft, plaatsing binnen een (medisch) kinderdagverblijf, of plaatsing binnen een vorm van speciaal onderwijs (bijvoorbeeld IOBK). Ouders moeten soms eerst tijd krijgen om aan het idee te wennen dat ze weliswaar een taalgestoord kind hebben, maar dat deze taalontwikkelingsstoornis samenhangt met een bredere ontwikkelingsvertraging. Soms kan de ontwikkelingsvertraging ook van dien aard zijn dat we de verwachting hebben dat door extra stimulatie de ontwikkelingsachterstand ingelopen kan worden.

De adviezen die uiteindelijk aan de ouders zijn gegeven zijn te categoriseren als:

- adviezen m.b.t. algehele ontwikkelingsstimulatie	15 maal - 33%
- adviezen m.b.t. taalstimulatie:	10 maal - 22%
- plaatsing trommelvliesbuisjes:	6 maal - 13%
- logopedische therapie:	5 maal - 11%
- kinderpsychiatrische hulp:	2 maal - 4%
- operatie(palatum of A+T):	2 maal - 4%
- combinatie trommelvliesbuisjes + alg. stimulatie:	5 maal - 11%
- geen advies (ouders kwamen niet opdagen):	1 maal - 2%

### VI.3. De beleving van de ouders

De beleving van de ouders ten aanzien van de taalproblematiek (3.1) en ten aanzien van de mogelijke oorzaken is geanalyseerd (3.2). Ook zijn de emoties van de ouders rond de taalproblematiek van het kind nagezien (3.3.). De ouderlijke beleving ten aanzien van het gedrag van het kind thuis en in contact met anderen wordt vervolgens besproken (3.4) en we besluiten met de ouderlijke beleving ten aanzien van de omgangsvorm met het kind (3.5).

#### VI.3.1. Ouderlijke beleving ten aanzien van de taalproblematiek

We zijn niet alleen geïnteresseerd in objectivering van het taalgedrag zelf, maar ook in de subjectieve beleving van de ouders ten aanzien van hun kind. Het is volgens ons van belang om te weten of de visie van de ouders op hun kind reëel is of niet. In het interview en in de pedagogische anamnese zijn aan de ouders van beide groepen kinderen hieromtrent vragen gesteld. We zullen de antwoorden op de verschillende vragen nu bespreken. De categorie 'geen informatie' betekent dat de ouders geen antwoord op de vraag wisten te geven. Bij de berekeningen is deze categorie steeds weggelaten.



### VI.3.1.1. Ouderlijke beleving ten aanzien van het taalbegrip van hun kind

Aan de ouders is gevraagd: "Begrijpt uw kind alles wat er tegen hem/haar wordt gezegd?". De door de ouders gegeven informatie is verwerkt in tabel VI-14.

**Tabel VI-14 Taalbegrip van het kind volgens de ouders**

	<i>onderzoeksgroep</i> n = 46	<i>controlegroep</i> n = 32
kind begrijpt alles	37 - 81%	27 - 84%
kind begrijpt soms iets niet	6 - 13%	5 - 16%
kind begrijpt vaak iets niet	1 - 2%	0 - 0%
geen informatie	2 - 4%	0 - 0%

*Zowel de ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep als de ouders van de kinderen uit de controlegroep geven aan dat hun kind gesproken taal goed begrijpt. De Mann Whitney laat hieromtrent geen verschillen zien tussen de beide groepen (2-tailed  $p=.58$ ,  $z=-.56$ ).*

### VI.3.1.2. Ouderlijke beleving ten aanzien van de taalproductie van hun kind

Aan de ouders is gevraagd hoe hun kind spreekt in vergelijking met leeftijdgenootjes en in vergelijking met broertjes en zusjes op dezelfde leeftijd. De door de ouders gegeven informatie is weergegeven in de tabellen VI-15 (leeftijdgenootjes) en VI-16 (broertjes en zusjes). Ook is de ouders een beoordeling gevraagd ten aanzien van de gemiddelde uitslag. Deze informatie is weergegeven in tabel VI-17.

**Tabel VI-15 Spreken van het kind in vergelijking met leeftijdgenootjes volgens de ouders**

	<i>onderzoeksgroep</i> n = 46	<i>controlegroep</i> n = 32
kind spreekt beter	0 - 0%	19 - 60%
kind spreekt net zo	0 - 0%	7 - 22%
kind spreekt slechter	45 - 98%	4 - 12%
geen informatie	1 - 2%	2 - 6%

De kinderen uit de onderzoeksgroep spreken volgens de ouders vrijwel allemaal slechter dan leeftijdgenootjes, terwijl de meerderheid van de kinderen uit de controlegroep beter zou spreken dan leeftijdgenootjes.

**Tabel VI-16 Spreken in vergelijking met broertjes en zusjes volgens de ouders**

	<i>onderzoeksgroep</i> n = 46	<i>controlegroep</i> n = 32
n.v.t. (geen broertjes of zusjes)	10 - 22%	13 - 40%
kind spreekt beter	5 - 11%	5 - 16%
kind spreekt net zo	0 - 0%	9 - 28%
kind spreekt slechter	30 - 65%	5 - 16%
geen informatie	1 - 2%	0 - 0%

De meerderheid van de kinderen uit de onderzoeksgroep spreekt slechter dan de broertjes en zusjes op dezelfde leeftijd. Dit is bij de kinderen uit de controlegroep niet het geval.

Uit de weergegeven informatie valt af te leiden dat het aantal eerste kinderen in de controlegroep verhoudingsgewijs iets groter is dan in de onderzoeksgroep.

**Tabel VI-17 Taalproductie van het kind volgens de ouders**

	<i>onderzoeksgroep</i> n = 46	<i>controlegroep</i> n = 32
meer dan tweewoorduitingen	0 - 0%	29 - 91%
tweewoorduitingen	3 - 7%	1 - 3%
éénwoorduitingen	2 - 4%	1 - 3%
enkele losse woordjes	39 - 85%	1 - 3%
geen enkel woord	2 - 4%	0 - 0%
geen informatie	0 - 0%	0 - 0%

Het verbaast ons natuurlijk niet dat de ouders aangeven dat 89% van de kinderen uit de onderzoeksgroep nog niet of nauwelijks spreekt (geen enkel woord, enkele losse woordjes). Dit was o.a. één van de redenen van aanmelding. Het is eerder opvallend te merken dat hun leeftijdgenootjes uit de controlegroep zoveel méér doen. Hier spreekt 91% in uitingen van meer dan twee woorden.

Aanvankelijk is beide groepen ouders ook nog gevraagd naar hun idee betreffende de geluids- en klankproductie van de kinderen (maakt uw kind geluidjes?, maakt uw kind klanken?, heeft uw kind moeite met bepaalde klanken?). De vragen hiernaar bleken voor veel ouders echter moeilijk te beantwoorden. De ouders van de taalgestoorde kinderen gaven wel aan dat hun kind geluiden maakte, maar konden moeilijk een verschil aangeven tussen geluiden, herkenbare klanken en konden in ongeveer de helft van de gevallen (52%) ook niet aangeven of een kind moeite heeft met bepaalde klanken. Bij de ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep deed de verbaasde reactie van de eerste vijf ouders op deze vragen ons besluiten hieromtrent geen informatie meer te vragen. Kennelijk is het zo, dat wanneer kinderen eenmaal woorden en zinnen spreken, geluiden en klanken niet meer bij de spraak- en taalontwikkeling horen. Het is een stadium dat al lang gepasseerd is. De vraag of het kind moeite heeft met het uitspreken van bepaalde klanken beschouwde 66% van de ouders uit de controlegroep als niet van belang.

### *Conclusie*

De ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep en de controlegroep verschillen overtuigend in hun beoordeling van de taalproductie van hun kind. De Mann Whitney laat significante verschillen zien wanneer het gaat om vergelijking met leeftijdgenootjes (2-tailed  $p=.00$ ,  $z=-7.28$ ), om vergelijking met broertjes en zusjes (2-tailed  $p=.00$ ,  $z=-3.16$ ), en omtrent beoordeling van gemiddelde uitingenlengte (2-tailed  $p=.00$ ,  $z=-7.95$ ).

*De taalproductie van de kinderen uit de onderzoeksgroep is volgens de ouders in alle opzichten slechter dan van hun leeftijdgenootjes uit de controlegroep.*

### VI.3.1.3. Ouderlijke beleving ten aanzien van het communicatieve gedrag van hun kind

Aan de ouders is gevraagd of het kind door hen en door anderen wordt begrepen. We willen weten of het kind aan anderen iets duidelijk kan maken, hetzij verbaal, hetzij non-verbaal, hetzij gecombineerd. De door de ouders gegeven informatie is weergegeven in de tabellen VI-18 en VI-19.

Daarnaast is aan de ouders gevraagd op welke andere manieren de kinderen wanneer ze zich niet verstaanbaar kunnen maken, zich uitdrukken. De gegevens hieromtrent zijn weergegeven in tabel VI-20.

**Tabel VI-18 Begrip van de ouders van de communicatie van het kind**

	<i>onderzoeksgroep</i> n = 46	<i>controlegroep</i> n = 32
altijd begrijpen	9 - 19%	27 - 84%
soms niet begrijpen	22 - 48%	5 - 16%
vaak niet begrijpen	15 - 33%	0 - 0%
geen informatie	0 - 0%	0 - 0%

De taalgestoorde kinderen worden in de meerderheid van de gevallen (81%) niet altijd meteen begrepen (soms niet of vaak niet begrijpen), terwijl de kinderen uit de controlegroep in de meerderheid van de gevallen wel meteen begrepen worden (84%) door hun ouders. De verschillen tussen beide groepen zijn significant (Mann Whitney 2-tailed  $p=.00$ ,  $z=-5.66$ ).

**Tabel VI-19 Begrip van anderen van de communicatie van het kind**

	<i>onderzoeksgroep</i> n = 46	<i>controlegroep</i> n = 32
altijd begrijpen	1 - 2%	21 - 66%
soms niet begrijpen	10 - 22%	8 - 25%
vaak niet begrijpen	34 - 74%	3 - 9%
geen informatie	1 - 2%	0 - 0%

Naar het oordeel van de ouders begrijpen anderen dan zichzelf in 96% van de gevallen de taalgestoorde kinderen soms of vaak niet. Dit komt bij de niet taalgestoorde kinderen slechts in 34% van de gevallen voor. De verschillen tussen beide groepen zijn significant (Mann Whitney 2-tailed  $p=.00$ ,  $z=-6.16$ ).

Kinderen uit de onderzoeksgroep zoeken in 80% van de gevallen naar alternatieve communicatie, terwijl slechts 19% van de kinderen uit de controlegroep hiertoe wel eens hun toevlucht nemend. Ook hier zijn de verschillen significant (Mann Whitney 2-tailed  $p=.00$ ,  $z=-5.35$ ). De methoden van alternatieve communicatie zijn weergegeven in tabel VI-20. De kinderen gebruiken soms meerdere 'methoden' naast elkaar.

**Tabel VI-20 Methoden van alternatieve communicatie**

	<i>onderzoeksgroep</i> n = 46	<i>controlegroep</i> n = 32
dingen pakken	5 - 11%	1 - 3%
wijzen, gebaren	23 - 50%	6 - 19%
ouders bij de hand nemen	20 - 44%	2 - 6%
andere methoden	1 - 2%	0 - 0%

**Conclusie**

In de waarneming van de ouders zoeken de kinderen uit de controlegroep overwegend verbaal contact. Deze kinderen voelen geen noodzaak om alternatieve, non-verbale communicatie methoden te gebruiken, zoals wijzen, gebaren, dingen pakken of ouders bij de hand nemen. Slechts 19% van de kinderen uit de controlegroep neemt hiertoe wel eens zijn toevlucht. Kinderen uit de onderzoeksgroep zoeken echter in 80% van de gevallen naar alternatieve, non-verbale communicatie. Deze verschillen zijn significant. Zowel de kinderen uit de onderzoeksgroep als de kinderen uit de controlegroep wijzen en gebaren of nemen de ouders bij de hand, wanneer ze hun iets duidelijk willen maken. Soms pakken ze de dingen die ze bedoelen. De aard van de alternatieve communicatie is dus niet verschillend, alleen de frequentie er van.

De extra non-verbale communicatie waartoe de taalgestoorde kinderen hun toevlucht nemen, leidt er echter niet toe dat deze kinderen even goed begrepen worden als hun sprekende leeftijdsgenootjes. Zowel de ouders zelf, als anderen begrijpen de taalgestoorde kinderen significant minder goed (soms of vaak niet), dan de kinderen uit de controlegroep. Zowel voor de taalgestoorde kinderen als voor de kinderen uit de controlegroep geldt dat de ouders hun kinderen beter begrijpen dan andere volwassenen.

*Kortom: Er bestaan ten aanzien van de ouderlijke beleving van het communicatieve gedrag van het kind significante verschillen tussen beide groepen ouders. Deze verschillen betreffen het gebruik van non-verbale communicatie door het kind en het begrip van de ouders en anderen van het kind.*

### **VI.3.1.4. Ouderlijke ideeën ten aanzien van normale spreekprestaties bij kinderen tussen twee en drie jaar**

We wilden niet alleen weten of ouders een reëel beeld hebben van de taalprestaties van hun kind, maar ook of zij deze taalprestaties relateren aan een bepaalde 'norm', een idee betreffende normale spreekprestaties. Op basis van wat ouders

**Tabel VI-21 Spreekprestaties die ouders normaal vinden voor kinderen tussen twee en drie jaar**

	<i>onderzoeksgroep</i> n = 46	<i>controlegroep</i> n = 32
zinnen van meer dan twee woorden	29 maal - 63%	21 maal - 65%
tweewoorduitingen	6 maal - 13%	4 maal - 13%
éénwoorduitingen	9 maal - 20%	4 maal - 13%
enkele losse woordjes	0 maal - 0%	1 maal - 3%
geen informatie	2 maal - 4%	2 maal - 6%

normaal vinden, zullen zij zich eventueel vragen gaan stellen of zich zorgen gaan maken. De door de ouders opgegeven 'normale' spreekprestaties zijn weergegeven in tabel VI-21.

Het blijkt dat beide groepen ouders hetzelfde idee hebben met betrekking tot normale spreekprestaties (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.51$ ,  $z=-.66$ ). Zowel de ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep als de ouders van de kinderen uit de controlegroep vinden in meer dan de helft van de gevallen dat kinderen tussen twee en drie jaar in ieder geval zinnen moeten spreken van meer dan twee woorden. Niemand verwacht dat een kind dan nog niets zegt. Verder weten opvallend veel ouders op deze vraag informatie te geven. *De ouders hebben een 'reëel' beeld van taalprestaties voor kinderen tussen twee en drie jaar.*

Naast de vraag naar de gemiddelde 'normale' spreekprestaties is aan de ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep gevraagd wanneer zij voor het eerst gemerkt hebben dat er iets niet goed was met het spreken van hun kind. Hierbij dient opgemerkt te worden dat we de vraag open stelden ("wanneer hebt u voor het eerst gemerkt dat er iets niet goed was met het spreken van uw kind"). De door de ouders gegeven informatie hierover is weergegeven in tabel VI-22.

**Tabel VI-22 Aantal maanden waarop voor het eerst opgemerkt werd, dat het spreken van een kind niet goed is**

	<i>ouders onderzoeksgroep</i> <i>n = 46</i>	
geen informatie	3 maal	- 7%
3 maanden	2 maal	- 4%
4 maanden	1 maal	- 2%
9 maanden	1 maal	- 2%
12 maanden	8 maal	- 18%
15 maanden	1 maal	- 2%
18 maanden	8 maal	- 18%
19 maanden	1 maal	- 2%
20 maanden	1 maal	- 2%
24 maanden	17 maal	- 37%
28 maanden	1 maal	- 2%
30 maanden	2 maal	- 4%

$M = 18$  maanden

We zien dat vóór de leeftijd van 12 maanden slechts vier ouders iets aan de spraak-en taalontwikkeling van hun kind hebben opgemerkt (d.i. 8,7%). Tussen 12 maanden en 24 maanden merken 19 ouders iets op aan het spreken van hun kind (d.i. 41,3%) en met 24 maanden 17 ouders (d.i. 37,0%). De spreiding van de opgegeven maanden geeft aan dat er geen vast moment is, maar dat de ouders denken in een leeftijdsbereik. Afhankelijk van de instelling van de ouders wordt het begin, het midden of het eind van dit leeftijdsbereik aangenomen als moment van spreekbegin (12, 18 of 24 maanden).

### **VI.3.1.5. Conclusie ouderlijke beleving ten aanzien van de taalproblematiek**

Vanuit het voorgaande, waarin de ouderlijke beleving ten aanzien van de taalproblematiek is geanalyseerd, kunnen we concluderen dat ouders een reële voorstel-

ling hebben van normale spreekprestaties van kinderen tussen twee en drie jaar, en dat ze goed door hebben wanneer hun kinderen wat betreft de taalproductie niet aan deze spreekprestaties voldoen. Op basis van de onvoldoende taalproductie maken ouders zich ook ongerust. De ouderlijke beleving ten aanzien van het taalbegrip is echter niet reëel, zeker niet bij de kinderen uit de onderzoeksgroep. De meeste kinderen worden wat betreft het begrijpen van taal te hoog ingeschat.

Wat betreft de communicatieve ontwikkeling hebben de ouders een goed beeld van de manier van communiceren. Taalgestoorde kinderen maken meer gebruik van non-verbale communicatie dan sprekende kinderen in dezelfde leeftijd. Het waarnemen van de non-verbale communicatie bij de taalgestoorde kinderen leidt echter niet tot een beter begrip. Taalgestoorde kinderen worden minder goed begrepen dan sprekende kinderen in dezelfde leeftijd.

### VI.3.2. Ouderlijke ideeën ten aanzien van de mogelijke oorzaken van de taalproblematiek

Bij de ouderlijke ideeën ten aanzien van de mogelijke oorzaken van de taalproblematiek hebben we aan de ouders van beide groepen kinderen gevraagd of zij aan bepaalde oorzakelijke factoren denken en zo ja, aan welke.

Vrijwel alle ouders, zowel van de kinderen uit de onderzoeksgroep als van de kinderen uit de controlegroep vragen zich af wat de oorzaak zou kunnen zijn van het niet goede spreken van een kind. De ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep in 83% van de gevallen (38 kinderen), de ouders van de kinderen uit de controlegroep in 88% van de gevallen (28 kinderen). De Mann Whitney test geeft tussen beide groepen ouders geen significante verschillen.

De oorzaken waaraan gedacht wordt, verschillen echter tussen beide groepen van ouders (zie tabel VI-23).

**Tabel VI-23 Oorzaken van taalontwikkelingsstoornissen**

Ouders hebben soms meerdere oorzakelijke factoren genoemd.

	<i>onderzoeksgroep</i> n = 46	<i>controlegroep</i> n = 32
karakter van het kind	10 maal - 22%	1 maal - 3%
erfelijke invloeden	2 maal - 4%	1 maal - 3%
gehoorstoornis	12 maal - 26%	13 maal - 41%
intelligentiestoornis	1 maal - 2%	5 maal - 16%
hersenschade	9 maal - 20%	7 maal - 21%
contactstoornis	1 maal - 2%	3 maal - 9%
opvoedingsfouten	4 maal - 9%	6 maal - 19%
andere factoren	15 maal - 33%	2 maal - 6%
geen informatie	8 maal - 17%	4 maal - 12%

De ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep denken vaker dan de ouders van de kinderen uit de controlegroep aan oorzakelijke factoren, als *karakter van het kind* (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.02$ ,  $z=-2.34$ ) en *niet duidelijk te benoemen factoren* (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.01$ ,  $z=-2.80$ ). De ouders van de kinderen uit de controlegroep lijken iets vaker te denken aan oorzaken als *verminderde gehoor-scherpte*, *intelligente tekorten*, *contactstoornissen* en *opvoedingsfouten*. De verschillen met de onderzoeksgroep zijn echter niet significant.

### VI.3.3. Ouderlijke beleving ten aanzien van de eigen emoties rond de taalproblematiek van het kind

Wanneer we denken aan ouderlijke beleving ten aanzien van eigen emoties rond de taalproblematiek van hun kind, dan willen we weten of ouders benoembare emoties hebben wanneer ze ervaren dat hun kind een taalontwikkelingsstoornis vertoont en of die mogelijk door kunnen werken op hun omgang met het kind. We hebben nagegaan of ouders ongerust zijn (3.3.1), of ouders bepaalde andere emoties ervaren (3.3.2) en of ouders bang zijn voor bepaalde gevolgen of effecten van taalontwikkelingsstoornissen (3.3.3).

#### VI.3.3.1. Ongerustheid van de ouders bij onvoldoende spreken van het kind

We willen weten of ouders ongerust zijn of zouden zijn wanneer hun kind tussen twee en drie jaar nog niet of nauwelijks spreekt. De eventuele ongerustheid van de ouders met betrekking tot de spraak- en taalproblematiek willen we afleiden uit vier vragen, de directe vraag naar de ongerustheid, het initiatief van de hulpvraag, of ouders met anderen over het spreken van hun kind hebben gepraat en de 'tolerantietijd' (de tijd tussen het eerste moment van merken van eventuele problemen en de concrete vraag om hulp).

##### a. Ongerustheid van de ouders

Zowel aan de ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep als van de kinderen uit de controlegroep is gevraagd naar hun eventuele ongerustheid.

De door de ouders aangegeven mate van ongerustheid is weergegeven in tabel VI-24.

**Tabel VI-24** Mate van ongerustheid bij ouders

	<i>onderzoeksgroep</i> n = 46	<i>controlegroep</i> n = 32
niet ongerust	8 maal - 17%	3 maal - 9%
een beetje ongerust	22 maal - 48%	5 maal - 16%
(erg) ongerust	15 maal - 33%	24 maal - 75%
geen informatie	1 maal - 2%	0 maal - 0%

*Opvallend is te merken dat de ouders van de kinderen uit de controlegroep veel ongeruster zeggen te zijn wanneer hun kind nog niet of nauwelijks zou spreken, dan de ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep. De Mann Whitney geeft een significant verschil aan tussen de beide groepen ouders (2-tailed  $p=.00$ ,  $z=-3.27$ ).*

##### b. Wanneer zijn de ouders zich ongerust gaan maken ?

Aan de ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep is gevraagd of en wanneer zij zich ongerust zijn gaan maken over het spreken van hun kind.

De door de ouders gegeven informatie hierover is weergegeven in tabel VI-25.



**Tabel VI-25 Moment van ongerust worden**

<i>ouders onderzoeksgroep</i> <i>n = 46</i>		
12 maanden	3 maal	- 7%
18 maanden	2 maal	- 4%
20 maanden	2 maal	- 4%
23 maanden	1 maal	- 2%
24 maanden	13 maal	- 29%
27 maanden	1 maal	- 2%
28 maanden	1 maal	- 2%
30 maanden	13 maal	- 29%
34 maanden	1 maal	- 2%
geen informatie	9 maal	- 19%

M = 25 maanden

De ongerustheid bij de ouders van de taalgestoorde kinderen begint, wanneer die aanwezig is, vanaf 12 maanden. De 'pieken' van ongerustheid liggen bij 24 en 30 maanden.

Net als bij het eerste opmerken van de spraak- en taalproblematiek is het bij het moment van ongerust worden opvallend te merken dat ouders kennelijk denken in 'stappen' binnen de ontwikkeling. Ouders merken voor het eerst dat het spreken van hun kind niet naar wens verloopt, wanneer het kind 12, 18 of 24 maanden is. Ouders worden ongerust wanneer hun niet-sprekende kind 24 of 30 maanden is. Er lijkt dus ook een zekere tolerantietijd te bestaan.

Bij de ouders van de taalgestoorde kinderen komt hun ongerustheid ook naar voren bij het beantwoorden van de vraag of de ouders denken dat hun kind zal kunnen leren spreken, mits het maar de juiste aandacht krijgt.

Van de ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep beantwoordt 48% deze vraag met ja (22 kinderen), 46% van de ouders beantwoordt deze vraag met nee (21 kinderen). Slechts de helft van de ouders is dus echt optimistisch gestemd. Drie ouders weten deze vraag niet te beantwoorden (6%).

*c. Hebben de ouders met anderen gesproken over de taalproblemen van hun kind?  
Hoe waren de reacties?*

We hebben de ouders gevraagd of zij met anderen over de spraak-taalproblematiek van hun kind hebben gesproken en wat de reacties waren. De door de ouders gegeven informatie hierover is weergegeven in tabel VI-26.

**Tabel VI-26 Reacties van derden**

't komt wel goed, maak je maar geen zorgen	22 maal	- 48%
wacht nog maar even, eventueel over een		
poosje uit laten zoeken	1 maal	- 2%
je moet het laten uitzoeken	8 maal	- 17%
tegenstrijdige reacties	11 maal	- 24%
anders	0 maal	- 0%
geen informatie of niet van toepassing	4 maal	- 9%



De meeste ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep hebben met anderen over de spraak- en taalontwikkeling van hun kind gesproken (42 maal, d.i. 91%). Eén ouder geeft hieromtrent geen informatie (2%) en drie ouders geven aan niet met anderen hieromtrent te hebben gesproken (7%).

De reacties die anderen geven, zijn vaak geruststellend bedoeld: "Maak je maar geen zorgen, het komt wel goed" (22 maal, d.i. 48%). Ook komen vrij veel tegenstrijdige reacties voor (11 maal, d.i. 25%).

#### *d. Verwijzing*

De door de ouders opgegeven manier van verwijzen is weergegeven in tabel VI-27.

**Tabel VI-27 Verwijzing**

verwijzing op eigen initiatief	23 maal - 50%
verwijzing op initiatief van de huisarts of CB-arts	12 maal - 26%
verwijzing op initiatief van een andere specialist	9 maal - 20%
anders (d.i. één keer juf peuterspeelzaal, één keer VTO-team)	2 maal - 4%

De helft van de ouders neemt zelf het initiatief tot nader onderzoek van de spraak- en taalontwikkeling van hun kind. In hoeverre het bij de groep kinderen die komt op initiatief van de huisarts, consultatiebureau-arts of andere specialist het in feite ook gaat om eigen initiatief van de ouders, is niet geheel duidelijk. Vaak reageren specialisten namelijk op vragen die bij de ouders leven.

#### **VI.3.3.1.1. Conclusie**

De ouders van taalgestoorde kinderen zijn zeker ongerust over het uitblijven van de actieve spraak- en taalontwikkeling. Dit blijkt onder anderen uit het feit dat ze hier met derden over spreken en dat de meeste ouders op eigen initiatief vragen om nader onderzoek.

De ongerustheid van de ouders uit de controlegroep zou echter groter zijn dan de mate van ongerustheid die door de ouders uit de onderzoeksgroep wordt aangegeven.

#### **VI.3.3.2. Gevoelens van ouders die door de taalstoornis van het kind worden opgeroepen**

Uit de door ons uitgevoerde voorstudie (Goorhuis-Brouwer en De Boer 1985) kwam naar voren dat de reactie van de ouders op het taalgedrag van het kind van invloed kan zijn op de interactie tussen ouders en kind. Met name kwam naar voren dat ouders die ongerust zijn, bezorgd, duidelijk geïrriteerd of teleurgesteld meer problemen ervaren in de omgang met hun kind, dan ouders bij wie dit niet het geval is. We willen nu weten welke emoties, andere dan ongerustheid, bij de ouders een rol kunnen spelen. We hebben eerst een algemene vraag gesteld: "Op dit moment spreekt uw kind nog niet, welke gevoelens roept dat bij u op?".

Vervolgens hebben we doorgevraagd op de emoties 'teleurstelling', 'onzekerheid' en 'irritatie'. De emoties die de ouders in eerste instantie onder woorden brengen zijn weergegeven in tabel VI-28. De emoties 'teleurstelling', 'onzekerheid' en 'irritatie' zijn weergegeven in tabel VI-29.

**Tabel VI-28 Emoties van ouders van taalgestoorde kinderen (n = 46)**

geen duidelijke gevoelens	9 maal - 20%
teleurstelling	5 maal - 11%
irritatie	3 maal - 6%
onzekerheid	4 maal - 9%
ontevredenheid	1 maal - 2%
tegenstrijdige gevoelens	3 maal - 6%
andere gevoelens	20 maal - 44%
geen informatie	1 maal - 2%

De door de ouders genoemde emoties zijn niet goed uit te drukken in termen van teleurstelling, ontevredenheid of irritatie bij henzelf. Er zijn wel duidelijk emoties aanwezig, gezien het feit dat slechts 9 ouders aangeven geen duidelijke gevoelens te hebben met betrekking tot de taalproblematiek van hun kind, d.i. 20%. De grote rest-categorie is echter opvallend (20 ouders - 44%). Het gaat om 'andere' emoties. Als voorbeelden van deze andere emoties gelden o.a. de volgende omschrijvingen: "sneu gevoel", "jammer voor het kind", "bang", "bezorgd", "onmacht, machteloosheid", "verdrietig", "schuldgevoel, ik ben bang dat ik het fout gedaan heb". De emoties zijn nog het beste onder te brengen onder:

verdrietige stemming:	11 maal - 24%
bezorgdheid:	8 maal - 18%
schuldgevoel:	1 maal - 2%

**Tabel VI-29 Reacties van de ouders op een (vermeende) taalstoornis**

		<i>ouders onderzoeksgroep n = 46</i>	<i>ouders controlegroep n = 32</i>
teleurstelling:	niet teleurgesteld	33 maal - 71%	10 maal - 31%
	een beetje teleurgesteld	10 maal - 22%	9 maal - 28%
	erg teleurgesteld	2 maal - 5%	8 maal - 25%
	geen informatie	1 maal - 2%	5 maal - 16%
onzekerheid:	niet onzeker	33 maal - 72%	10 maal - 31%
	een beetje onzeker	6 maal - 13%	5 maal - 16%
	erg onzeker	6 maal - 13%	15 maal - 47%
	geen informatie	1 maal - 2%	2 maal - 6%
irritatie:	niet geïrriteerd	27 maal - 59%	17 maal - 53%
	een beetje geïrriteerd	16 maal - 35%	2 maal - 31%
	erg geïrriteerd	2 maal - 4%	3 maal - 10%
	geen informatie	1 maal - 2%	2 maal - 6%

We zien dat bij gericht doorvragen op teleurstelling, onzekerheid en irritatie de ouders toch meer last van deze emoties blijken te hebben dan ze aanvankelijk als eerste reactie geven. Ook de ouders uit de controlegroep is gevraagd in hoeverre ze teleurgesteld, onzeker of geïrriteerd zouden zijn, wanneer hun kind niet of nauwe-

lijks zou spreken.

Tussen beide groepen ouders zijn de gevoelens van onzekerheid significant verschillend (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.00$ ,  $z=-3.41$ ), ook de gevoelens van teleurstelling zijn significant verschillend (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.00$ ,  $z=-3.02$ ). *Het opmerkelijke hierbij is dat de ouders uit de controlegroep zeggen onzekerder en teleurgestelder te zijn dan de ouders van de taalgestoorde kinderen.* Beide groepen zeggen ongeveer even geïrriteerd te zijn of te zullen zijn (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.78$ ,  $z=-.29$ ).

#### VI.3.3.3. Zijn ouders bang voor bepaalde gevolgen of effecten van taalontwikkelingsstoornissen?

Zowel aan de ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep als uit de controlegroep is gevraagd of zij denken dat taalontwikkelingsstoornissen invloed hebben op bepaalde ontwikkelingsaspecten. De antwoorden van de ouders zijn in tabel VI-30 weergegeven.

**Tabel VI-30 De door ouders vermoede gevolgen van taalontwikkelingsstoornissen**

	<i>onderzoeksgroep</i> n = 46	<i>controlegroep</i> n = 32
geen invloed op andere ontwikkelingsaspecten	5 maal - 11%	6 maal - 19%
invloed op sociale contacten	27 maal - 59%	13 maal - 40%
invloed op de cognitieve ontwikkeling	2 maal - 4%	5 maal - 16%
invloed op zowel sociale als cognitieve ontwikkeling	6 maal - 13%	5 maal - 16%
iets anders	1 maal - 2%	2 maal - 6%
geen informatie	5 maal - 11%	1 maal - 3%

Uit de antwoorden van de ouders blijkt dat de meeste ouders een goede spraak- en taalontwikkeling zien als een belangrijke voorwaarde voor het leggen van sociale contacten. Een verband met de cognitieve ontwikkeling wordt over het algemeen minder aangenomen, alhoewel de ouders van de controlegroep dit verband vaker onder woorden brengen dan ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep.

Onder 'iets anders' horen o.a. de volgende opmerkingen, door ouders gedaan:

"negatieve invloed op het gedrag"

"voor het gevoel van eigen waarde"

"belemmering van de emotionele ontwikkeling".

#### VI.3.3.4. Samenvatting ouderlijke beleving ten aanzien van de emoties rond de taalproblematiek van het kind

*De algemene conclusie over de ouderlijke beleving ten aanzien van de taalstoornis van hun kind is, dat zo'n taalstoornis hen niet onberoerd laat.* Er zijn duidelijke emoties aanwezig, al zijn deze emoties niet goed uit te drukken in termen van teleurstelling, ontevredenheid of irritatie. Het gaat meer om emoties als 'bezorgdheid' en 'medelijden' met het kind. Ook de ouders van de kinderen uit de

controlegroep zou een taalstoornis bij hun kind niet onberoerd laten. Deze laatsten zeggen zelfs onzekerder en teleurgestelder te zijn, dan de ouders van de taalgestoorde kinderen. De meeste ouders zien een goede spraak- en taalontwikkeling als een belangrijke voorwaarde voor het leggen van sociale contacten.

#### **VI.3.4. Ouderlijke beleving ten aanzien van het gedrag van het kind, zowel thuis als in contacten met anderen**

Het gedrag van het kind zou, althans volgens de literatuur, beïnvloed kunnen worden door de aanwezigheid van een taalstoornis. Voor het gedrag van het kind zelf wordt bijvoorbeeld gedacht aan geslotenheid, overbeweeglijkheid, driftbuien, emotionele labiliteit (Njiokiktjien en Gobin 1981). Voor het gedrag van het kind in interactie met anderen wordt bijvoorbeeld gedacht aan zich terugtrekken (Goorhuis-Brouwer en De Boer 1985). In het onderhavige onderzoek hebben we het gedrag van het kind thuis en het gedrag van het kind in contact met anderen opnieuw geanalyseerd.

##### **VI.3.4.1. Het gedrag van het kind thuis**

Om een beeld te krijgen van het gedrag van beide groepen kinderen is door de ouders de vragenlijst 'Gedrag en Taalontwikkeling 2- en 3-jarigen' ingevuld en zijn in het interview een viertal vragen gesteld.

##### *a. Gegevens vanuit de vragenlijst 'Gedrag en Taalontwikkeling 2- en 3-jarigen'*

De analyse van de vragenlijst 'Gedrag en Taalontwikkeling' laat zien dat de kinderen uit de onderzoeksgroep zich moeilijker aanpassen aan de omgeving dan de kinderen uit de controlegroep (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.04$ ,  $z=-2.06$ ). Het gedragscluster taalcompetentie geeft ook overtuigende verschillen te zien. (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.00$ ,  $z=-6.83$ ). De andere gedragsclusters, vaker boos of dwars zijn (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.51$ ,  $z=-.66$ ) en slaapritme (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.25$ ,  $z=-1.14$ ), zijn niet significant verschillend.

##### *b. Gegevens vanuit het interview*

##### *Voelt het kind zich over het algemeen prettig?*

De mening van ouders of hun kind zich in het algemeen prettig vindt, is weergegeven in tabel VI-31.

**Tabel VI-31 Voelt het kind zich prettig?**

	<i>mening ouders onderzoeksgroep n = 46</i>	<i>mening ouders controlegroep n = 32</i>
kind voelt zich prettig	39 maal - 85%	30 maal - 94%
kind voelt zich soms prettig	4 maal - 9%	2 maal - 6%
kind voelt zich niet prettig	1 maal - 2%	0 maal - 0%
geen informatie	2 maal - 4%	0 maal - 0%

We zien dat de ouders aangeven dat de kinderen zich over het algemeen wel prettig voelen, hieromtrent bestaan geen significante verschillen tussen beide groepen (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.68$ ,  $z=-.41$ ). De taalgestoorde kinderen voelen zich dus naar het oordeel van ouders even prettig als de sprekende kinderen in dezelfde leeftijd.

Als, tegenstrijdige, aanvulling hierop melden de ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep wel, dat het onvoldoende spreken invloed heeft op het kind. Volgens de ouders ondervindt 52% van de taalgestoorde kinderen in meer of mindere mate last van het feit dat ze nog niet spreken. Ze leiden dit af uit het gedrag wat het kind vertoont, dat overwegend driftig te noemen is (bij 14 kinderen - d.i. 31%). Acht kinderen worden verdrietig en trekken zich terug (d.i. 17%). Bij twee kinderen is het gedrag niet precies te omschrijven, maar de ouders vinden het wel anders dan bij andere kinderen en leiden hieruit af dat het kind last heeft van zijn onvoldoende spreken (4%).

#### *Het gedrag van het kind thuis*

Aan de ouders van beide groepen kinderen is gevraagd hoe zij het gedrag van hun kind thuis zouden omschrijven. De gedragsbeschrijvingen van de ouders zijn door ons gescoord in termen van rustig, druk/onrustig, snel geïrriteerd, normaal en anders. Een overzicht hiervan is gegeven in tabel VI-32.

**Tabel VI-32 Gedrag van het kind thuis**

	<i>onderzoeksgroep</i> n = 46	<i>controlegroep</i> n = 32
rustig	13 maal - 28%	3 maal - 9%
druk, onrustig	18 maal - 40%	8 maal - 25%
snel geïrriteerd	3 maal - 6%	0 maal - 0%
normaal	8 maal - 18%	8 maal - 25%
anders	3 maal - 6%	13 maal - 41%
geen informatie	1 maal - 2%	0 maal - 0%

We zien dat het gedrag thuis van beide groepen kinderen door de ouders verschillend wordt beschreven.

De kinderen uit de onderzoeksgroep konden gescoord worden volgens de omschrijvingen rustig, druk, snel geïrriteerd en normaal. De kinderen uit de controlegroep werden ook vaak als vrolijk en ondernemend omschreven, hetgeen wij codeerden onder 'anders'.

*Het lijkt erop dat het gedrag van de kinderen uit de onderzoeksgroep over het algemeen in meer negatieve termen wordt beschreven als het gedrag van de kinderen uit de controlegroep.*

#### **VI.3.4.2. De sociale betrekkingen van het kind**

Aan de ouders is gevraagd of hun kind gemakkelijk contact zoekt met andere kinderen, of het kind in dit contact actief is of afwachtend en hoe anderen kinderen op het kind reageren.

De door de ouders gegeven informatie is weergegeven in de tabellen VI-33, VI-34 en VI-35.

**Tabel VI-33 Manier van contact maken**

	<i>onderzoeksgroep</i> n = 46	<i>controlegroep</i> n = 32
gemakkelijk contact makend	26 maal - 57%	27 maal - 84%
wisselend in het maken		
van contacten	8 maal - 17%	5 maal - 16%
moeilijk contact makend	11 maal - 24%	0 maal - 0%
geen informatie,		
niet van toepassing	1 maal - 2%	0 maal - 0%

We zien dat de verschillen tussen beide groepen wat betreft het contact zoeken significant zijn (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.01$ ,  $z=-2.47$ ).

*De taalgestoorde kinderen zoeken minder gemakkelijk contact met andere kinderen dan hun sprekende leeftijdgenootjes.*

**Tabel VI-34 Activiteit in het contact**

	<i>onderzoeksgroep</i> n = 46	<i>controlegroep</i> n = 32
erg actief	22 maal - 48%	20 maal - 62%
wisselend actief	6 maal - 13%	11 maal - 35%
afwachtend	14 maal - 30%	1 maal - 3%
geen informatie,		
niet van toepassing	4 maal - 9%	0 maal - 0%

We zien dat de kinderen uit de onderzoeksgroep over het algemeen ook minder actief in het contact naar de andere kinderen lijken te zijn, dan de kinderen uit de controlegroep. De verschillen tussen beide groepen zijn wat dit betreft echter niet significant (Mann Whitney, 2-tailed  $p=.28$ ,  $z=-1.07$ ).

**Tabel VI-35 De manier waarop andere kinderen op een kind reageren**

	<i>ouders</i> <i>onderzoeksgroep</i> n = 46	<i>ouders</i> <i>controlegroep</i> n = 32
gaan leuk met het kind om	29 maal - 63%	29 maal - 91%
laten het links liggen	9 maal - 20%	1 maal - 3%
behandelen het als baby	1 maal - 2%	0 maal - 0%
anders	4 maal - 9%	2 maal - 6%
geen informatie	3 maal - 6%	0 maal - 0%

We zien dat het er in de beschrijvingen van de ouders op lijkt alsof andere kinderen met taalgestoorde kinderen iets minder vaak leuk en actief omgaan dan met de kinderen uit de controlegroep.

Beschrijvingen die door de ouders zijn gegeven en die wij als 'anders' gecodeerd hebben, zijn o.a. "de kinderen vragen vaak waarom ze zo gilt, ze zijn afwach- tend"; "ze schrikken, omdat ze erg druk is"; "ze zijn voorzichtig, omdat hij zo actief is"; "ze reageren wisselend, soms leuk, soms niet"; "ze vragen waarom hij niet praat"; "de kinderen komen wel, maar hij trekt zichzelf terug".

### VI.3.4.3. Samenvatting van de ouderlijke beleving ten aanzien van het gedrag van het kind

Vanuit de analyse van de vragenlijst 'Gedrag en Taalontwikkeling 2- en 3-jarigen' komt naar voren dat de taalgestoorde kinderen alleen op de gedragsclusters 'Taalcompetentie' en 'Aanpassing aan de omgeving' overtuigend verschillen van de sprekende leeftijdsgenootjes. De grotere moeite met de aanpassing aan de omgeving vinden we ook terug in de manier waarop de taalgestoorde kinderen contact maken met andere kinderen. Er wordt minder gemakkelijk contact gezocht.

Wat betreft het gedrag thuis zouden de taalgestoorde kinderen volgens de informatie van de vragenlijst 'Gedrag en Taalontwikkeling' niet vaker boos of dwars zijn, maar de ouders ervaren het gedrag thuis toch als significant verschillend. Het gedrag van de taalgestoorde kinderen wordt negatiever beleefd dan het gedrag van sprekende leeftijdsgenootjes.

### VI.3.5. Ouderlijke beleving ten aanzien van de omgangsvorm met het kind

We willen weten in hoeverre kinderen die nog niet spreken op een tijdstip waarop dit normaal wordt geacht, pedagogisch gezien in een andere werkelijkheid leven dan kinderen die op zo'n moment al wel spreken. We willen dus weten of er in de omgang met hun ouders verschillen zijn tussen sprekende en niet-sprekende kinderen.

Aan beide groepen ouders is gevraagd of zij het moeilijk of gemakkelijk vinden om de juiste omgangsvorm met hun kind te vinden. Vervolgens is de ouders gevraagd of zij de omgang met het kind dat in het onderzoek is betrokken (hetzij binnen de onderzoeksgroep, hetzij binnen de controlegroep), willen vergelijken met dan van de broertjes en zusjes. Is, naar hun waarneming, die omgang moeilijker, gemakkelijker of ongeveer hetzelfde. Bovendien moesten de ouders aangeven of zij voor het betrokken kind in de opvoeding toegevoerder, strenger of onzekerder zijn dan voor de andere kinderen in het gezin.

Naar de aard van de communicatie tussen ouders en kinderen (verbaal, non-verbaal, of een combinatie van beide) is ook gevraagd. We willen weten hoe de ouders en kinderen elkaar begrijpen.

De door de ouders gegeven informatie is weergegeven in de tabellen VI-36 (omgang algemeen), VI-37 (omgang in vergelijking met broertjes en zusjes) en VI-38 (aard van de communicatie).

**Tabel VI-36 Omgangsvorm met het kind**

	<i>onderzoeksgroep</i> n = 46	<i>controlegroep</i> n = 32
niet moeilijk	31 maal - 67%	17 maal - 53%
af en toe moeilijk	5 maal - 11%	15 maal - 47%
vaak moeilijk	9 maal - 20%	0 maal - 0%
geen informatie	1 maal - 2%	0 maal - 0%

De ouders uit de onderzoeksgroep lijken de omgang met hun kind iets moeilijker te vinden dan de ouders uit de controlegroep. De Mann Whitney test laat echter geen significante verschillen zien (2-tailed  $p=.58$ ,  $z=-.55$ ).



**Tabel VI-37 Aanpak van de kinderen in vergelijking met broertjes en zusjes**

	onderzoeksgroep n = 46	controlegroep n = 32
niet van toepassing	11 maal - 24%	12 maal - 37%
gemakkelijker	8 maal - 18%	4 maal - 13%
niet anders	13 maal - 28%	9 maal - 28%
moeilijker	13 maal - 28%	7 maal - 22%
toegevender	10 maal - 22%	5 maal - 16%
strenger	6 maal - 13%	5 maal - 16%
onzekerder	6 maal - 13%	1 maal - 3%
geen informatie	1 maal - 2%	0 maal - 0%

We zien dat er tussen de beide groepen, althans in de ogen van de ouders, geen opvallende verschillen in omgang te zijn, wanneer deze wordt vergeleken met die van broertjes en zusjes, ook niet bij doorvragen met betrekking tot verschil in aanpak wat betreft toevendheid, strengheid of onzekerheid in de opvoeding.

**Tabel VI-38 Communicatie met het kind**

	onderzoeksgroep n = 46	controlegroep n = 32
praten, het kind snapt alles	31 maal - 68%	26 maal - 81%
wijzen, gebaren	1 maal - 2%	0 maal - 0%
combinatie van praten, wijzen en gebaren	12 maal - 26%	6 maal - 19%
iets anders	1 maal - 2%	0 maal - 0%
geen informatie	1 maal - 2%	0 maal - 0%

We zien dat in de omgang met de kinderen de ouders van de kinderen uit de onderzoeksgroep iets vaker aanvulling op de verbale communicatie gebruiken, zoals wijzen en gebaren, dan de ouders van de kinderen uit de controlegroep. De verschillen zijn echter niet erg groot.

#### **VI.3.5.1. Samenvatting ouderlijke beleving ten aanzien van de omgangsvorm met het kind**

*De pedagogische omgang met de taalgestoorde kinderen is niet significant verschillend van die van sprekende kinderen in dezelfde leeftijd, althans volgens de informatie van de ouders.*

De ouders lijken hun kinderen over het geheel genomen goed duidelijk te kunnen maken wat ze willen en de taalgestoorde kinderen niet significant moeilijker of gemakkelijker in de pedagogische omgang te vinden.

#### **VI.4. Herhaling van delen van het onderzoek na vier maanden**

Vier maanden na het meedelen van de diagnose en het geven van een advies heeft bij de taalgestoorde kinderen opnieuw een spraak- en taalonderzoek plaatsgevonden. Van de 46 kinderen komen 44 terug voor evaluatie. De ouders van twee kinderen zijn niet gekomen. Met de ouders heeft daarbij een evaluatiegesprek



plaatsgevonden middels een interview. In dit interview is ingegaan op eventuele gedragsveranderingen bij het kind, zowel wat betreft het taalgedrag, het gedrag thuis, als het contact naar andere kinderen. Ook is gevraagd naar eventuele veranderingen in de opvoedingsrelatie. Wanneer volgens de informatie van de ouders gedragsveranderingen, of veranderingen in de opvoedingsrelatie plaats hadden gevonden, werd gevraagd of deze, in de ogen van de ouders, samenhangen met veranderingen in het spreken van het kind.

We zullen eerst de veranderingen in het taalgedrag analyseren (4.1), vervolgens de veranderingen in het gedrag thuis en in contact met anderen (4.2), en vervolgens de veranderingen in de omgang tussen ouders en kind (4.3). Als laatste bespreken we de veranderingen wat betreft de KNO en audiologische aspecten (4.4).

#### VI.4.1. Veranderingen in het taalgedrag

De ouders van 37 kinderen uit de onderzoeksgroep (80%) geven aan dat het spreken van hun kind in de periode van vier maanden verbeterd is. Ook objectief kan vastgesteld worden dat het spreken van de kinderen verbeterd is. De verbeteringen hebben betrekking op het taalbegrip, de taalproductie en het communicatieve gedrag. De resultaten zijn weergegeven in de tabellen VI-39, VI-40 en VI-41 waarbij, ook de vergelijking met de prestaties van vier maanden eerder, de twee kinderen die niet voor een heronderzoek zijn geweest, zijn weggelaten. Het gaat dus steeds om 44 kinderen. De veranderingen in het taalbegrip zijn weergegeven in tabel VI-39.

**Tabel VI-39 Taalbegrip na 4 maanden (n = 44)**

goed taalbegrip	14 maal - 32%	(was: 11 maal- 25%)
voldoende taalbegrip	14 maal - 32%	(was: 13 maal- 30%)
onvoldoende taalbegrip	5 maal - 11%	(was: 5 maal- 11%)
kind doet niet mee	11 maal- 25%	(was: 15 maal- 34%)

We zien in het taalbegrip een lichte verbetering die echter niet significant is (Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test, 2-tailed  $p=.09$ ,  $z=-1.70$ ).

De veranderingen in de taalproductie zijn weergegeven in tabel VI-40.

**Tabel VI-40 Taalproductie na vier maanden (n = 44)**

drie- tot vijfwoorduitingen	6 maal - 14%	(was: 0 maal- 0%)
tweewoorduitingen	15 maal - 34%	(was: 3 maal- 7%)
éénwoorduitingen	9 maal - 21%	(was: 5 maal- 12%)
enkele losse woordjes	4 maal - 9%	(was: 8 maal- 18%)
klankproductie met af en toe een herkenbaar woord	4 maal - 9%	(was: 18 maal- 41%)
klankproductie al of niet gevarieerd	1 maal - 2%	(was: 5 maal- 11%)
niets	5 maal- 11%	(was: 5 maal- 11%)

Vanuit tabel VI-40 kunnen we concluderen dat de taalproductie bij de meeste kinderen sterk verbeterd is.

De kinderen die tijdens het eerste onderzoek niets aan taalproductie vertoonden, doen dat ook nu na vier maanden niet. Over het geheel genomen zijn de verbeteringen in de taalproductie significant (Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test, 2-tailed  $p=.00$ ,  $z=-4.17$ ).

De veranderingen in de communicatie zijn weergegeven in tabel VI-41.

Tabel VI-41 Communicatie na vier maanden (n = 44)			
verbaal en non-verbaal actief	20 maal - 45%	(was:	5 maal - 11%)
verbaal reactief, non-verbaal actief	7 maal - 16%	(was:	3 maal - 7%)
niet verbaal, non-verbaal actief	5 maal - 11%	(was:	16 maal - 37%)
non-verbaal reactief (niet verbaal)	2 maal - 5%	(was:	12 maal - 27%)
geen communicatie	10 maal - 23%	(was:	8 maal - 18%)

Ook de communicatie laat een goede verbetering zien. Over het geheel genomen is er een significante verschuiving in positieve richting (Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test, 2-tailed  $p=.00$ ,  $z=-2.90$ ). Slechts de kinderen die bij het eerste onderzoek nauwelijks of geen communicatief gedrag vertoonden, vertonen dat ook na vier maanden niet.

#### VI.4.1.1. Samenhang tussen taalbegrip, taalproductie en communicatie

Wanneer we nu, na vier maanden, de taalbegrips-, taalproductie- en communicatiescores met elkaar vergelijken, blijkt er in vergelijking tot vier maanden eerder onderling een grote correlatie. De verschillende correlatie coëfficiënten zijn weergegeven in tabel VI-42.

Tabel VI-42 Correlaties tussen taalbegrip, taalproductie en communicatie			
r = correlatiecoëfficiënt, p = waarschijnlijkheidniveau. Er is tweezijdig getoetst.			
	<i>Taalbegrip</i>	<i>Taalproductie</i>	
<i>Taalproductie</i>	r = .58 p = .00 (Pearson)		
	r = .54 p = .00 (Kendall)		
	r = .61 p = .00 (Spearman)		
<i>Communicatie</i>	r = .59 p = .00 (Pearson)	r = .41 p = .01	
	r = .49 p = .00 (Kendall)	r = .48 p = .00	
	r = .56 p = .00 (Spearman)	r = .52 p = .00	

Vanuit tabel VI-41 kunnen we concluderen dat taalbegrip, taalproductie en communicatie meer met elkaar in overeenstemming zijn dan vier maanden eerder.

#### **VI.4.1.2. Samenvatting veranderingen in het taalgedrag**

Taalbegrip, taalproductie en communicatief gedrag zijn verbeterd. De gegevens betreffende de verbeteringen in het taalbegrip, de taalproductie en de communicatie, als ook de opgetreden correlatie tussen taalbegrip, taalproductie en communicatie doen de vraag op komen of de kinderen uit de onderzoeksgroep nog taalgestoord zijn.

Wanneer we echter zien dat slechts 32% van de kinderen een goed taalbegrip heeft, 14% van de kinderen een goede taalproductie en 45% van de kinderen een goede communicatieve ontwikkeling, dan kunnen we niet zeggen dat de kinderen niet meer taalgestoord zijn.

*We kunnen hoogstens concluderen dat er vorderingen zijn gemaakt. Hierbij zijn de vorderingen in het communicatieve gedrag en de taalproductie het meest opvallend en de vorderingen in het taalbegrip het minst opvallend.*

#### **VI.4.2. Veranderingen in het gedrag van het kind thuis en in contact met anderen**

##### **VI.4.2.1. Veranderingen in het gedrag van het kind thuis**

Volgens de informatie van de ouders zijn 17 kinderen niet in hun gedrag veranderd (37%). Bij de andere 27 kinderen (59%) zijn wel gedragsveranderingen door de ouders waargenomen. Van 2 kinderen (4%) is geen informatie; 19 kinderen (41%) hebben volgens de ouders zelf nog last van het feit dat de minder goed spreken dan andere kinderen. Bij 22 kinderen (48%) is dit niet het geval. Bij 5 kinderen (11%) kan hieromtrent geen informatie worden gegeven.

Wat betreft de gedragsveranderingen wordt aangegeven dat de kinderen rustiger zijn geworden en minder gauw driftig (13% - 6 maal). Er wordt echter ook even vaak aangegeven dat de kinderen onrustiger en driftiger zijn geworden (15% - 7 maal). Ongeveer een kwart van de kinderen gaat 'ander' gedrag vertonen (28% - 13 maal). De omschrijvingen die gegeven worden voor dit 'andere' gedrag zijn o.a. dat het kind veel levendiger en bedrijviger is geworden, ondernemender is en meer speelt. Het kind wordt in de ogen van de ouders zelfstandiger en daardoor gemakkelijker, minder agressief. Twee keer wordt aangegeven dat het kind koppiger is geworden en één keer dat het kind banger is geworden. Dit laatste kind, het kind dat banger werd, is het kind bij wie een palatoschisis mediana was ontdekt, en dat in de periode tussen het eerste bezoek en de evaluatie aan zijn verhemelte was geopereerd. De ziekenhuisopname was kennelijk nog niet verwerkt. Wanneer er door de ouders gedragsveranderingen worden waargenomen, hangt het volgens 10 van de 27 ouders samen met de veranderingen in het spreken dus in ongeveer 1/3 van de gevallen.

Op basis van deze gegevens kunnen we concluderen dat er bij de meerderheid van de kinderen (59%) na vier maanden weliswaar gedragsveranderingen zijn waargenomen door de ouders, maar deze gedragsveranderingen zijn niet altijd in positieve zin op te vatten. De waargenomen gedragsveranderingen hangen ook maar ten dele af van de door ouders waargenomen verbeterde spreekprestaties. *Volgens de ouders zou 80% van de kinderen beter zijn gaan spreken, terwijl de*

*samenhang tussen spreekverandering en gedragsverandering slechts door 10 ouders (22%) wordt genoemd.*

#### **VI.4.2.2. Veranderingen in het contact met andere kinderen**

Volgens de ouders zijn bij 19 kinderen veranderingen opgetreden in het contact naar andere kinderen (41%). Het contact is *meer* en *actiever*. Bij de meeste van deze kinderen (13 maal) hangt dit volgens de ouders samen met veranderingen in het spreekgedrag.

Ook lijken andere kinderen iets positiever op het kind te reageren (39 maal -85%; was 29 maal - 63%), maar de verschillen zijn niet significant (Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test, 2-tailed  $p=.56$ ,  $z=-.58$ ).

*We kunnen concluderen dat veranderingen in het contact niet altijd zijn opgetreden, althans in de waarneming van de ouders. Wanneer veranderingen optreden, gaat het om meer en actiever contact en hangt dit volgens de ouders samen met de positieve verandering in het taalgedrag.*

#### **VI.4.3. Veranderingen in de omgang met het kind**

De ouders van 30 kinderen geven aan dat de omgang met het kind veranderd is (65%). Bij 21 kinderen is het gedrag gemakkelijker geworden, bij 9 kinderen moeilijker. Volgens de ouders hangen de veranderingen in de omgang 15 maal samen met de veranderingen in het spreekgedrag en 10 maal niet. Vijf ouders kunnen hieromtrent geen informatie geven. Toch geven de ouders wel aan dat zij hun kinderen beter begrijpen vanwege de verbeterde taalprestaties.

Het begrip van de ouders voor het taalgedrag van hun kind bij het eerste bezoek na vier maanden is weergegeven in tabel VI-43.

**Tabel VI-43 Begrip van de ouders van het taalgedrag van het kind (n = 46)**

	<i>bij eerste bezoek</i>	<i>na vier maanden</i>
altijd begrijpen	9 - 19%	21 - 46%
soms niet begrijpen	22 - 48%	20 - 43%
vaak niet begrijpen	15 - 33%	3 - 7%
geen informatie	0 - 0%	2 - 4%

De veranderingen in de taalprestaties van het kind werken positief op het begrip van de ouders voor het kind. Er is een significante verbetering (Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test, 2-tailed  $p=.00$ ,  $z=-3.21$ ). De ouders begrijpen vaker wat hun taalgestoorde kinderen bedoelen.

Wat betreft de *eigen houding* van de ouders naar de kinderen toe zijn de ouders, wanneer er veranderingen zijn opgetreden, zekerder geworden in hun opvoedingsgedrag (13 maal), treden ze strenger op naar het kind (12 maal) en zijn ze minder toegevend (15 maal). De antwoorden van de ouders zijn weergegeven in tabel VI-44.

**Tabel VI-44 Veranderingen in de omgang tussen ouders en kind (van de kant van de ouders; n = 46)**

	<i>zekerheid</i>	<i>strengheid</i>	<i>toegevendheid</i>
niet veranderd	28 - 61%	30 - 65%	27 - 59%
meer	13 - 28%	12 - 27%	2 - 4%
minder	3 - 7%	2 - 4%	15 - 33%
geen informatie	2 - 4%	2 - 4%	2 - 4%

Op de vraag "Bent u meer of minder ongerust over het spreken van uw kind dan vier maanden geleden" zeggen 31 ouders (67%) minder *ongerust* zijn dan vier maanden geleden, 8 ouders zijn ongeruster (17%) en bij de overige ouders is geen verandering opgetreden.

*Op basis van deze gegevens kunnen we concluderen dat de omgang tussen ouders en kind veranderd is in vergelijking met vier maanden eerder. De meeste ouders zijn minder ongerust, de ouders begrijpen vaker wat hun taalgestoorde kinderen bedoelen en in het opvoedingsgedrag zijn de ouders zekerder en duidelijker geworden.*

#### **VI.4.4. Veranderingen wat betreft KNO- en audiologische aspecten**

Bij de evaluatie is niet het gehele medische onderzoek herhaald, slechts datgene wat aan verandering onderhevig kon zijn, te weten het aspect van de trommelvliezen en de gehoorscherppte, is opnieuw onderzocht. Wat betreft het aspect van de trommelvliezen wordt er bij medische inspectie geen significant verschil met vier maanden geleden geconstateerd (Mc.Nemar test for the significance of changes). Elf kinderen (24%) hebben trommelvliezbuisjes gekregen, maar de aanwezigheid van een buisje in het trommelvlies wordt als afwijkend gescoord. Op basis van de trommelvliezbuisjes is het gehoor verbeterd. Dit blijkt uit de verbetering van de reacties bij paedo-audiologisch onderzoek, maar vooral ook uit de verbetering bij impedantiemetrie. De resultaten van de beide metingen (paedo-audiometrie en impedantiemetrie) zijn weergegeven in de tabellen VI-45 en VI-46.

**Tabel VI-45 Paedo-audiologisch onderzoek**

		<i>1e meting</i>	<i>meting na 4 mnd</i>
<i>paedo AD</i>	normaal/subnormaal	30 - 65%	41 - 89%
	licht gehoorverlies	9 - 20%	2 - 4%
	matig gehoorverlies	4 - 8%	0 - 0%
	geen informatie	3 - 7%	3 - 7%
<i>paedo AS</i>	normaal/subnormaal	29 - 63%	41 - 89%
	licht gehoorverlies	10 - 22%	2 - 4%
	matig gehoorverlies	4 - 8%	0 - 0%
	geen informatie	3 - 7%	3 - 7%

De verbetering voor het rechter oor is niet significant (Wilcoxon matched-pairs signed-ranks tests, 2-tailed  $p=.06$ ,  $z=-1.87$ ). De verbetering voor het linker oor is significant (Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test, 2-tailed  $p=.04$ ,  $z=-2.01$ ).

**Tabel VI-46 Tympanometrie**

		<i>1e meting</i>	<i>na 4 mnd.</i>
<i>AD</i>	normaal	19 - 41%	16 - 34%
	p = 100 - 200 mmH <sub>2</sub> O	6 - 13%	5 - 11%
	p = 200 - 300 mmH <sub>2</sub> O	3 - 7%	6 - 13%
	vlakke curve	14 - 30%	3 - 7%
	buisje	1 - 2%	13 - 28%
	geen informatie	3 - 7%	3 - 7%
<i>AS</i>	normaal	19 - 41%	15 - 32%
	p = 100 - 200 mmH <sub>2</sub> O	3 - 7%	3 - 7%
	p = 200 - 300 mmH <sub>2</sub> O	6 - 13%	8 - 17%
	vlakke curve	14 - 30%	3 - 7%
	buisje	1 - 2%	14 - 30%
	geen informatie	3 - 7%	3 - 7%

De tympanometrische bevindingen tonen voor het rechter oor een significante verbetering (Wilcoxon matched-pairs signed-ranks, 2-tailed  $p=.03$ ,  $z=-2.21$ ). Ook de verbeteringen voor het linker oor zijn significant (Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test, 2-tailed  $p=.04$ ,  $z=-2.05$ ).

In het geval dat bij een kind goed functionerende trommelvliesbuisjes aanwezig zijn, geeft de tympanometrie niet de gebruikelijke informatie over de impedantie van het trommelvlies, maar wordt de aanwezigheid van een buisje bevestigd. Doordat er een open verbinding bestaat tussen uitwendige gehoorgang en middenoor hangt de grootte van de impedantie niet meer af van de in de gehoorgang aangebrachte drukverandering.

Uit deze gegevens kunnen we concluderen dat de gehoorverbeterende maatregelen die bij elf kinderen hebben plaatsgevonden, effect hebben gehad.

## VII. Discussie en voorstellen tot verder onderzoek

We zullen uitgaande van de in hoofdstuk VI gepresenteerde resultaten verschillende discussiepunten naar voren halen en waar mogelijk aanzetten geven tot verder onderzoek. Deze punten worden besproken in de volgorde van de in hoofdstuk V en VI behandelde onderwerpen. Achtereenvolgens komen derhalve vragen aan de orde betreffende:

1. Populatie (VII.1)
2. Het verschijnsel taalontwikkelingsstoornis. We zullen hierbij de verschillende taalverschijnselen in verband brengen met de vast gestelde onderliggende oorzaken of beïnvloedende factoren (VII.2)
3. De beleving van de ouders ten aanzien van de taalproblematiek, (verschijnselen, oorzaken en effecten), het gedrag van het kind en de omgangsvorm tussen ouders en kind (VII.3)
4. Gegevens die bij herhaling van delen van het onderzoek na vier maanden aan het licht komen (VII.2, VII.3).

We zullen het hoofdstuk met een samenvatting afsluiten (VII.4).

### VII.1. Populatie

De kinderen met 'audimutitas' zijn relatief gezien gering in aantal. Zij maken ongeveer 10% uit van de taalgestoorde kinderen in de leeftijd van nul tot zes jaar, die binnen het Centrum voor Stem-, Spraak- en Taalstoornissen van de KNO-kliniek, Academisch Ziekenhuis te Groningen, worden onderzocht. Taalgestoorde kinderen maken op hun beurt ongeveer vijf tot tien procent uit van het totaal aantal kinderen (Robinson 1987). We kunnen dus stellen dat er gelukkig maar weinig niet of nauwelijks sprekende kinderen zijn in de leeftijd van ca. anderhalf tot drie jaar. Toch mogen we deze groep kinderen, op basis van hun geringe aantal, niet verwaarlozen. De problemen die dit niet-spreken in interactie met de ouders teweeg brengt, zijn daarvoor te groot. We moeten ons hierbij tevens realiseren dat de discrepantie met normaal sprekende kinderen van ca. anderhalf tot drie jaar, die per dag zo'n tien- tot twintigduizend woorden uiten, waarvan het aantal verschillende woorden ongeveer 1800 tot 2200 bedraagt (Crystal 1986), wel erg groot is. In het algemeen gaat men ervan uit dat kinderen tussen anderhalf en drie jaareen woordenschat van gemiddeld 50 tot 8000 woorden hebben (Templin 1957). De taalgestoorde kinderen zijn in hun communicatie dus opvallend anders.

De verhouding tussen jongens en meisjes (bijna 3:1) lijkt de algemeen geaccepteerde gedachte dat meer jongens dan meisjes taalgestoord zijn, te bevestigen.



Deze verhouding wordt meestal verklaard vanuit bio-genetische factoren (o.a. Arnold 1961, Rutter 1972, Damsté 1987). Een enkele maal wordt een toespeling gemaakt op de verschillende verwachtingspatronen bij ouders ten aanzien van jongens en meisjes (Touwen 1977). Wanneer wij de gegevens van ons onderzoek nader bestuderen, dan blijkt dat de meisjes over het geheel genomen anders gestoord zijn dan jongens (zie tabel VII-1). Bij de meisjes springen de diagnoses 'mentale retardatie' (42%) en 'combinaties' (25%)(in alle gevallen mentale retardatie gecombineerd met slechthorendheid) eruit, terwijl bij de jongens de diagnoses 'sociale omstandigheden' (23%) en 'opzichzelfstaande spraak- en taalontwikkelingsstoornis' (30%) eruit springen. We moeten ons dus afvragen of niet ook culturele invloeden de getallen verhouding tussen de aangemelde jongens en meisjes verklaren.

Aan de andere kant kan het ook zo zijn dat meisjes inderdaad beter uitgerust zijn voor een goede en snelle spraak- en taalontwikkeling en dat doorgaans slechts andere dan aanleg factoren de spraak- en taalontwikkeling kunnen verstoren. Het feit dat slechts één meisje een opzichzelfstaande spraak-taalproblematiek heeft (8%), terwijl dit bij tien jongens (30%) is vastgesteld, zou voor deze gedachten-gang kunnen pleiten.

**Tabel VII-1**

<i>Diagnoses</i>	<i>Meisjes n = 12</i>	<i>Jongens n = 34</i>
mentale retardatie	5 maal - 42%	2 maal - 6%
verminderde gehoorscherppte	2 maal - 17%	4 maal - 12%
sociale omstandigheden	1 maal - 8%	8 maal - 23%
emotionele ontwikkelingsstoornissen	-	2 maal - 6%
neurologische ontwikkelingsstoornissen	-	2 maal - 6%
afwijkingen aan de spraakorganen	-	1 maal - 3%
onvoldoende beheersing over de spraakmotoriek	-	2 maal - 6%
combinaties	3 maal - 25%	3 maal - 8%
op zichzelf staande spraak-taalontwikkelingsstoornis	1 maal - 8%	10 maal - 30%

We concluderen op dit moment dat de algemeen geaccepteerde gedachte dat meer jongens dan meisjes taalgestoord zijn mogelijk te maken heeft met bio-genetische factoren, maar dat het zeker niet uitgesloten is dat ook culturele invloeden hierbij een rol spelen. Wanneer ouders bijvoorbeeld hogere eisen stellen wat betreft de spraak-taalontwikkeling van jongens dan aan die van meisjes, kunnen veel, in principe, spraak- en taalgestoorde meisjes 'verborgen' blijven.

*Nader onderzoek naar zowel de aanlegverschillen tussen jongens en meisjes met betrekking tot het leren van taal, als de verwachtingspatronen die ouders ten aanzien van jongens en meisjes hebben inzake het spreken, is gewenst.*

Bij een nader onderzoek naar de bio-genetische verschillen tussen jongens en meisjes zou gedacht kunnen worden aan specifiek experimenteel ontwikkelings-neurologisch onderzoek bij taalgestoorde en niet-taalgestoorde jongens en meisjes, naar de structurele en neurofysiologische factoren die aan 'brain dysfunctie' ten grondslag kunnen liggen (Kalverboer 1987, Prechtel 1987). De taalgestoorde kinderen moeten voor zo'n onderzoek vrij zijn van beïnvloedende nevenfactoren als mentale retardatie, slechthorendheid, ongunstige sociale omstandigheden,



evidente neurologische ontwikkelingsstoornissen, emotionele ontwikkelingsstoornissen en afwijkingen aan de spraakorganen. Alleen kinderen met een opzichzelfstaande taalontwikkelingsstoornis zouden voor zo'n onderzoek in aanmerking komen.

## VII.2. Het verschijnsel taalontwikkelingsstoornis

In hoofdstuk V werd de vraag gesteld of er een verklaring gevonden kan worden voor het fenomeen dat kinderen niet op tijd spreken, ondanks - naar het schijnt - een normaal gehoor en een normale intelligentie. Ook werd de vraag gesteld naar de verschijningsvorm van een taalontwikkelingsstoornis. Vanuit ons onderzoek komt naar voren dat in 76% van de gevallen de taalproblematiek het gevolg is van een duidelijk aanwijsbare oorzaak of van een duidelijk beïnvloedende factor, dit ondanks de mening van ouders en verwijzers dat er met het kind afgezien van het spreken niets bijzonders aan de hand is. Ons onderzoek toont aan dat er niet één taalstoornis 'audimutitas' bestaat, maar dat er verschillende situaties en omstandigheden van medische en psychologische-pedagogische aard bestaan die kunnen leiden tot een taalontwikkelingsstoornis. Die taalontwikkelingsstoornissen kunnen vervolgens naar de aard zeer verschillend zijn. Alle kinderen hebben weliswaar met elkaar gemeen dat ze niet of nauwelijks spreken, maar de mate van taalbegrip en de manier waarop de (non-)verbale communicatie (de pragmatiek) zich heeft ontwikkeld kan sterk variëren.

We kunnen ons nu de vraag stellen of analyse van de verschillende taalverschijnselen mogelijk, op voorhand, al enige aanwijzing kan geven omtrent de oorzaken of beïnvloedende factoren.

In hoofdstuk VI hebben we gezien dat er wanneer de kinderen voor de eerste keer op hun talig functioneren zijn onderzocht geen samenhang bestaat tussen taalbegrip, taalproductie en communicatief gedrag. Alle kinderen hebben een sterk onvoldoende taalproductie en de mate van taalbegrip en communicatief gedrag kan zeer uiteenlopen. Wanneer we de verschillende taalverschijnselen in verband brengen met de gestelde diagnoses dan blijkt dat alleen de mate van taalbegrip enige samenhang vertoont met verschillende diagnose groepen. Om enigszins vergelijkbare groepen te verkrijgen, zijn de negen in hoofdstuk VI gestelde diagnoses hergecodeerd tot vijf groepen:

- I. Kinderen met organische afwijkingen (kinderen met een verminderde gehoorscherppte, afwijkingen aan de spraakorganen of spraakmotoriek, en kinderen met neurologische afwijkingen) - in totaal elf kinderen
- II. Kinderen met een mentale retardatie - in totaal zeven kinderen
- III. Kinderen bij wie de pedagogische omgeving weinig stimulerend is en kinderen met emotionele ontwikkelingsstoornissen - in totaal elf kinderen
- IV. Kinderen bij wie combinaties van beïnvloedende factoren zijn vastgesteld - in totaal zes kinderen
- V. Kinderen bij wie de taalstoornis opzichzelfstaat - in totaal elf kinderen.

In de groep kinderen met een mentale retardatie overweegt het aantal dat een onvoldoende taalbegrip heeft of dat niet mee doet met het onderzoek omdat ze de opdrachten niet begrijpen (zes van de zeven kinderen). In de groep kinderen met een opzichzelfstaande taalontwikkelingsstoornis overweegt het aantal dat een

goed of voldoende taalbegrip heeft (tien van de elf kinderen). Bij de kinderen met een andere diagnose is ten aanzien van het taalbegrip alles mogelijk. Voor een overzicht van de verdeling van de mate van taalbegrip bij de verschillende diagnose categorieën verwijzen we naar tabel VII-2.

**Tabel VII-2 Taalbegrip in relatie tot gestelde diagnoses (n = 46)**

diagnose	taalbegrip			
	goed	voldoende	onvol- doende	kind doet niet mee
organisch	3	4	1	3
mentale retardatie	-	1	2	4
sociale omstandigheden; emotionele ontwikkelings- stoornis	2	3	-	6
combinatie	-	2	2	2
op zichzelf staande spraakontwikkelingsstoornis	8	2	-	1

Hoewel enige samenhang tussen taalbegrip en diagnose categorieën aanwezig lijkt te zijn, is deze samenhang mede op basis van de kleine aantallen per diagnose categorie niet overtuigend (Chi-kwadraat,  $p=.04$ ,  $df=12$ ). Nader onderzoek hieromtrent is gewenst.

*Uitgezocht zal moeten worden in hoeverre bij grotere aantallen taalgestoorde kinderen een onvoldoende taalbegrip een aanwijzing kan zijn voor een bredere problematiek, zoals bijvoorbeeld mentale retardatie.*

Voor de opzet van zo'n onderzoek lijkt het ons belangrijk dat gestart wordt met jonge kinderen, kinderen bij wie de wisselwerking tussen taalontwikkeling en denkontwikkeling nog aan het begin staat. We volgen hierbij Stern (1928, 1981), en Bühler (1934, 1965), die stellen dat een zekere geestelijke rijpheid aanwezig moet zijn om taal te kunnen gaan gebruiken, en Vygotsky (1962), die stelt dat taal en denken zich aanvankelijk onafhankelijk van elkaar ontwikkelen (zie ook III.6). Volgens de genoemde auteurs gaan vanaf een bepaald moment in de ontwikkeling, ongeveer vanaf twee jaar, taal en denken elkaar steeds meer beïnvloeden, waardoor het kind nieuwe gedragsvormen kan initiëren. Wanneer we nu bij kinderen tussen anderhalf en twee à drie jaar een goed, voldoende of onvoldoende taalbegrip vaststellen en deze kinderen verschillende jaren volgen op de taalontwikkeling en de cognitieve ontwikkeling, kunnen we waarschijnlijk meer te weten komen over de relatie taalontwikkeling en denkontwikkeling.

#### *Taalgedrag na vier maanden*

Bij de evaluatie na vier maanden bestaat er een duidelijke samenhang tussen taalbegrip, taalproductie en communicatief gedrag. De taalsymptomen zijn meer met elkaar in evenwicht gekomen. De taalproductie en het communicatieve gedrag zijn significant verbeterd. Deze verbetering vertoont geen samenhang met de gestelde diagnoses, zoals ook bij het eerste onderzoek er geen samenhang

bestaat tussen taalproductie, communicatief gedrag en oorzakelijke of beïnvloedende factoren. De verbetering treedt op ongeacht de gestelde diagnose. Taalproductie en communicatief gedrag ontwikkelen zich beide in de richting van het taalbegrip: naarmate het taalbegrip beter is, zal de taalproductie en het communicatieve gedrag toenemen. Het taalbegrip verandert nauwelijks en blijft verband houden met de gestelde diagnose. Het taalbegrip van de kinderen verschuift slechts in geringe mate in positieve richting.

Voor een overzicht van de enkele verschuivingen in het taalbegrip verwijzen we naar tabel VII-3. Tussen haakjes staan, indien er verschuivingen zijn opgetreden, de gegevens van vier maanden eerder vermeld.

Zelfs de duidelijke gehoorverbetering die bij 24% van de kinderen, door het plaatsen van trommelvliesbuisjes, is opgetreden, leidt niet tot een duidelijk beter taalbegrip. Dat het taalbegrip bij deze kinderen niet is toegenomen, gaat tegen de verwachting in. Immers, op basis van een beter gehoor kan beter naar gesproken taal in de omgeving worden geluisterd en neemt men aan dat meer tot het kind door zal dringen op basis waarvan het taalbegrip toeneemt.

**Tabel VII-3 Taalbegrip na vier maanden in relatie tot de gestelde diagnose (n = 44)**

diagnose	taalbegrip			
	goed	voldoende	onvoldoende	kind doet niet mee
organisch	2 (3)	4	2 (1)	3
mentale retardatie	1 (-)	1	2	3 (4)
sociale omstandigheden	2	4 (3)	-	4 (6)
combinaties	2 (-)	2	1 (2)	1 (2)
op zichzelf staande spraak/taalstoornis	7 (8)	3 (2)	-	- (1)

Uit deze gegevens blijkt dat zowel vóór als na advisering met betrekking tot de spraak- en taalstimulatie van kinderen de taalproductie en het communicatieve gedrag weinig zeggen over de aard van de taalontwikkelingsstoornis. Het taalbegrip lijkt hieromtrent wel belangrijke aanwijzingen te geven.

*Voor de diagnostiek van taalgestoorde kinderen betekent dit dat de vaststelling van het taalbegrip het beginpunt moet zijn van het totale taalonderzoek.* In ieder geval kan de mate van taalbegrip ons mogelijk op het spoor zetten van een antwoord op de vraag of we te doen hebben met een opzichzelfstaande taalontwikkelingsstoornis dan wel met een taalstoornis waarvoor duidelijk aanwijsbare of beïnvloedende factoren oorzaken aanwezig zijn, of, om het anders te formuleren, of we te maken hebben met een primaire dan wel een secundaire taalontwikkelingsstoornis. Ook geeft de mate van taalbegrip, in combinatie met de medische en psychologische gegevens, aan wat we aan verbetering van taalproductie en communicatief gedrag kunnen verwachten. Deze ontwikkelen zich namelijk in de richting van het taalbegripsniveau.

Uit de negen oorspronkelijke diagnose categorieën en de verschillende adviezen

die zijn gegeven, kan afgeleid worden dat *spraak- en taalontwikkelingsstoornissen geen nosologische eenheid vormen*. Van tevoren is echter niet in te schatten welke beïnvloedende factoren een rol spelen. De verwachting bij de ouders is dat alleen het spreken gestoord is, de medische anamnese toont geen verschillen tussen de onderzoeksgroep en de controlegroep en in de pedagogische anamnese is alleen het *minder* spreken een opvallend verschil tussen beide groepen. De onderzoeker kan op basis van de anamnestiche gegevens dan ook geen vermoedens hebben betreffende beïnvloedende factoren. De enige manier om er achter te komen wat een oorzakelijke of beïnvloedende factor is bij het ontstaan van de taalontwikkelingsstoornis, is om het betreffende kind volgens een vast medisch en psychologisch-pedagogisch protocol te onderzoeken, waarbij een oordeel wordt gegeven over het gehoor, de anatomische aspecten en functionele mogelijkheden van de spraakorganen, de neurologische ontwikkeling, de non-verbale cognitieve ontwikkeling, de emotionele ontwikkeling en de mate waarin de situatie thuis voor het kind taalstimulerend is.

Bij onze onderzoeksgroep heeft advisering plaatsgevonden op basis van de gevonden oorzakelijke en beïnvloedende factoren. De hulpverlening is derhalve zeer gevarieerd geweest (zie ook VI.2.2.4). Gezien het feit dat bij het heronderzoek na vier maanden bij de groep taalgestoorde kinderen de taalproductie en het communicatieve gedrag significant verbeterd zijn, menen wij te kunnen stellen dat het opsporen van de medische en psychologisch-pedagogische factoren niet alleen van belang is om de taalontwikkelingsstoornis te kunnen duiden, maar ook noodzakelijk is omdat de hulpverlening aan kinderen die een dergelijke stoornis hebben hiervan afhankelijk is. *De adviezen aan de ouders dienen zoveel mogelijk afgestemd te zijn op het totale ontwikkelingsbeeld van het kind, de eventueel aanwijsbare beïnvloedende factoren en de pedagogische situatie thuis.*

Wanneer bijvoorbeeld is vastgesteld dat een taalgestoord kind opgroeit in een weinig taalstimulerende omgeving, zal waarschijnlijk een peuterspeelklas geadviseerd worden, afhankelijk van de lokale mogelijkheden hiertoe en de financiële ruimte van het gezin. Wanneer de taalstoornis lijkt samen te hangen met een onvoldoende beheersing over de tongmotoriek zal logopedische therapie geadviseerd worden.

Sommige auteurs gaan er vanuit dat een analyse van de taalproductie en het communicatieve gedrag van een kind voldoende informatie geeft voor het opstellen dan een taaltherapie (o.a. Crystal 1979, 1982, Bol en Kuiken 1980, Verhulst-Slichting 1982, Moerman-Coetsier en Besien 1982). Wij menen dat op basis van dergelijke analyses niet beoordeeld kan worden of een kind taaltherapie dan wel een andere therapie behoeft. De mate van taalbegrip in combinatie met medisch en psychologisch-pedagogisch onderzoek dient hiervoor de richting aan te geven.

### VII.3. Beleving van de ouders

In Hoofdstuk V hebben we de ouderlijke beleving omschreven. Voor wat betreft deze beleving van situaties en omstandigheden en de gedachten en ideeën van ouders hieromtrent gaan we uit van de taalontwikkeling als zodanig (verschijnselen, oorzaken en effecten), het gedrag van het kind en de omgangsvorm tussen ouder en kind. We zullen deze aspecten nader uitwerken.

### VII.3.1. Ouderlijke beleving ten aanzien van de taalprestaties

De ouders van taalgestoorde kinderen hebben een goed beeld van de slechte taalproductie en de onvoldoende communicatieve ontwikkeling bij hun kind. Over de mate van taalbegrip zijn ze echter veel te positief. Volgens de ouders zouden bijna alle taalgestoorde kinderen de taal goed begrijpen, terwijl bij onderzoek blijkt dat slechts ongeveer een kwart van de taalgestoorde kinderen een goed taalbegrip heeft. Hierbij moet dan ook nog opgemerkt worden dat een goed taalbegrip in onze omschrijving al aanwezig is wanneer een kind gemiddelde prestaties levert. Naast deze visie op de taalprestaties van hun eigen kind hebben ouders ook een idee over 'normale spreekprestaties' van kinderen tussen twee en drie jaar. Hierin verschillende de ouders van beide groepen kinderen niet: in meer dan de helft van de gevallen vindt men dat kinderen tussen twee en drie jaar in ieder geval zinnen moeten spreken van meer dan twee woorden.

*De ouderlijke beleving ten aanzien van de taalsymptomen van het kind heeft volgens ons effect op de taalstimulatie binnen het gezin.* We zullen onze gedachten-gang hierover ontvouwen.

Alle ouders van jonge kinderen hebben een idee van gemiddelde normale spreekprestaties van een kind. Ongerustheid omtrent niet of nauwelijks spreken begint zich meestal tussen 12 en 18 maanden af te tekenen en is vaak rond de tweede verjaardag van het kind een feit geworden. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de meerderheid van de ouders van taalgestoorde kinderen (78%) in het interview aangeeft dat ze de spraak- en taalontwikkeling bewust stimuleren. De gegevens uit de HOME trekken deze positieve claim ten aanzien van de spraak-taalstimulatie echter in twijfel. Volgens de gegevens uit de HOME zijn de ouders van taalgestoorde kinderen in vergelijking met de ouders van de kinderen uit de controlegroep verbaal en emotioneel minder op hun kind betrokken (stimuleringsaspect  $M_1$ ) en treden ze meer regulerend op (stimuleringsaspect  $M_2$ ). Ook is de variatie in de omgang (stimuleringsaspect  $M_3$ ) en het aanbod van het spel-materiaal (stimuleringsaspect  $M_4$ ) minder. Daarentegen zeggen de ouders van de kinderen uit de controlegroep de taal van hun kind meestal niet bewust te stimuleren (56%). We kunnen ons afvragen in hoeverre de gegevens uit het interview en de HOME met elkaar in tegenspraak zijn.

We gaan er van uit dat de ouders van taalgestoorde kinderen oprecht zijn wanneer ze zeggen de taalontwikkeling van hun kind te stimuleren. Deze bewuste taalstimulatie vindt plaats op basis van ongerustheid omtrent de spreekprestaties. De geringe taalproductie en het andere communicatieve gedrag is alle ouders opgevallen. Wanneer we ons op dit moment realiseren dat alle ouders denken dat hun kind de tot hun gesproken taal goed begrijpt, dan is aan te nemen dat de taalstimulatie vaak plaats zal vinden zonder rekening te houden met het werkelijke taalbegrip van het kind. Kinderen kunnen op deze 'te moeilijke' benadering reageren door zich terug te trekken van de taalstimulerende activiteiten of door boos of geprikkeld te reageren. De volgende uitspraken van ouders kunnen hiervoor een aanwijzing zijn:

"Ik lees wel voor, maar hij loopt er gewoon bij weg",

"Hij wordt boos als ik hem iets voorzeg",

"Hij luistert wel als ik iets zeg, maar nazeggen doet hij het niet".

Actie roept reactie op. Wanneer de ouders aan de ene kant hun best doen de spraak-taalontwikkeling van hun kind te stimuleren en als reactie hierop afwij-

zend gedrag van het kind ervaren (het kind zegt niets terug, loopt weg, wordt boos etc.), dan zal ook hun eigen enthousiasme om spelletjes met het kind te doen en hun verbale betrokkenheid op het kind verminderen. De uitslagen van de HOME kunnen volgens ons dan ook geïnterpreteerd worden als gevolgen van de uit evenwicht geraakte interactie tussen ouders en kind. Deze onevenwichtigheid is mogelijk ontstaan op basis van de aanwezige taalstoornis bij het kind. Het kind creëert als het ware zijn eigen - weinig stimulerende- omgeving. In deze gedachtengang weten wij ons gesteund door Conti-Ramsden (1987) die in een recent uitgevoerd onderzoek aantoonde dat ouders hun taalgestoorde kinderen in eerste instantie niet anders benaderen dan hun niet-taalgestoorde kinderen. De input is bij beide groepen kinderen ongeveer gelijk. Doordat het taalgestoorde kind echter minder vraagt en minder reageert, wordt het gedrag van de ouders naar dit kind gaandeweg anders. De ouders passen zich aan aan het kind. Aan de ene kant gaan ze meer vragen stellen en treden ze meer regulerend op, aan de andere kant laten ze de dagelijkse gang van zaken minder vergezeld gaan van op- en aanmerkingen en van uitleg. Dit geldt zowel voor spelactiviteiten van het kind als voor huishoudelijke bezigheden.

Nader onderzoek zal moeten plaatsvinden naar de interactie tussen ouders en taalgestoorde kinderen. *Voorlopig lijkt het te eenvoudig om te concluderen dat ouders van taalgestoorde kinderen minder stimulerend zijn dan andere ouders. Het taalgestoorde kind lijkt zijn eigen - weinig stimulerende - omgeving ook voor een deel zelf te creëren.*

Voor nadere analyse en interpretatie van de interactie tussen ouders en taalgestoorde kinderen valt te denken aan onderzoek in gezinnen waar naast een taalgestoorde kind ook niet-taalgestoorde kinderen aanwezig zijn. Wanneer de leeftijdsverschillen tussen de kinderen niet al te groot zijn, zou de manier van converseren tussen ouders en kinderen bij verschillende taken geanalyseerd kunnen worden, zoals bijvoorbeeld bij voorlezen, tijdens spel en bij het geven van opdrachten.

### **VII.3.2. Ouderlijke ideeën ten aanzien van oorzaken en effecten van taalontwikkelingsstoornissen**

Alle ouders, zowel de ouders van de taalgestoorde als de niet-taalgestoorde kinderen, hebben een oordeel over oorzaken en effecten van taalontwikkelingsstoornissen. Ouders hebben een goed idee over normale spreekprestaties. Er kan gesproken worden van een bewuste norm. Vrijwel alle ouders geven aan dat een kind tussen twee en drie jaar in tweewoordzinnen of in zinnen van méér dan twee woorden moet spreken. Wanneer kinderen zich wat betreft het spreken niet goed ontwikkelen, wordt dit door de ouders in een bepaald leeftijdsbereik gemerkt. Afhankelijk van de instelling van de ouders wordt het begin, het midden of het eind van dit leeftijdsbereik aangenomen als spreekbegin (12, 18 of 24 maanden). Ongerustheid over het uitblijven van een actieve spraak-taalontwikkeling treedt gemiddeld iets later op, tussen 24 en 30 maanden.

Ouders merken dus goed dat kinderen een niet goed verlopende spraak- en taalontwikkeling hebben. Globaal genomen kan gezegd worden dat ouders tussen één en twee jaar tolerant staan ten opzichte van niet-spreken ("het mag nog", "het komt nog wel"), maar dat ze vinden dat er tussen twee en drie jaar toch wel wat aan gedaan moet worden. Misschien is dit ook wel de reden voor het feit dat in

de onderzoeksgroep niet één kind jonger is dan 24 maanden.

Ouders hechten veel belang aan een goede spraak-taalontwikkeling. Ze zien deze ontwikkeling als voorwaarde voor de sociale en de cognitieve ontwikkeling. Ze maken zich dan ook ongerust wanneer het spreken van een kind onvoldoende op gang komt. Er kunnen dan emoties als machteloosheid, verdriet en angst ontstaan bij de ouders.

Nu doet het opvallende feit zich voor dat ouders weliswaar belang hechten aan een goede spraak-taalontwikkeling maar dat, in gesprekken over eventuele spraak-taalproblemen met derden, deze laatsten vaak sussend optreden ("het komt wel goed, maak je maar geen zorgen"). Ook tegenstrijdige reacties komen vaak voor. Enerzijds sporen ze aan tot nader onderzoek, anderzijds opperen ze de ouders maar af te wachten. Ouders van taalgestoorde kinderen worden hierdoor zeker niet gesteund in hun emoties, emoties die anderen ook zouden hebben maar nu wegwuiven. De ouders van de kinderen uit de controlegroep zeiden namelijk dat, wanneer ze in de positie van de ouders van kinderen met taalontwikkelingsstoornissen zouden verkeren, ze erg teleurgesteld en onzeker zouden zijn.

Wanneer we op dit moment ook naar voren halen dat ouders van taalgestoorde kinderen, in tegenstelling tot andere ouders, meestal niet aan organische oorzaken voor de spraak-taalproblemen van hun kind denken maar aan *karaktereigenschappen* van hun kind of aan *niet duidelijk te benoemen factoren*, dan kunnen we ons voorstellen dat in het interview de gevoelens van onzekerheid en teleurstelling in de verwachtingen ten opzichte van het kind onderdrukt zijn. Het is immers opvallend dat de ouders uit de controlegroep juist wel onzekerder en teleurgestelder zeggen te zijn wanneer ze zich voor moeten stellen een niet of nauwelijks sprekend kind te hebben, maar misschien heeft dit ook wel te maken met het feit dat ouders van niet-taalgestoorde kinderen vaker denken aan oorzaken als *mentale retardatie*, *verminderde gehoorschermpte*, *contactstoornissen* en *opvoedingsfouten*.

De onzekerheid rond eigen beleving en het wegdrukken van emoties bij de ouders van de taalgestoorde kinderen werkt waarschijnlijk door naar de beleving van het algemene gedrag van het kind. Objectief gezien, voorzover de vragenlijst Gedrag en Taalontwikkeling 2- en 3-jarigen een objectief meetinstrument is, verschilt het gedrag van de twee groepen kinderen alleen op de clusters 'Taalcompetentie' en 'Aanpassing'. Het feit dat kinderen uit beide groepen even vaak boos of dwars zijn en geen verschillen vertonen in hun slaapritme, moet ons voorzichtig doen concluderen dat het algemene gedrag van beide groepen kinderen niet verschilt. Ouder van taalgestoorde kinderen nemen echter wel ander gedrag van hun kinderen waar. Taalgestoorde kinderen worden vaker in meer negatieve termen beschreven dan de sprekende kinderen in dezelfde leeftijd. De taalgestoorde kinderen worden erg rustig, druk of snel geïrriteerd genoemd. Positieve omschrijvingen als "normaal", "vrolijk" of "ondernemend" komen slechts bij 24% van de ouders voor.

*Ouders van taalgestoorde kinderen hebben derhalve een andere beleving van hun kind dan ouders van normaal sprekende kinderen.* Ons onderzoek geeft dus een positief antwoord op de eerste vraag die in Hoofdstuk V werd gesteld. De waardering voor het gedrag van het taalgestoorde kind is anders dan voor het gedrag van het niet-taalgestoorde kind. Door 52% van de ouders wordt een verband gelegd tussen het andere gedrag van het kind en het onvoldoende spreken. Wanneer na vier maanden bij de evaluatie van de onderzoeksgroep blijkt



dat de taalproductie van de meeste kinderen verbeterd is en ook het gedrag van de kinderen door de ouders positiever wordt ervaren, dan lijkt een relatie tussen mate van spraak-taalontwikkeling en beleving van gedrag voor de hand te liggen. Echter, deze voor de hand liggende conclusie kan niet getrokken worden. Bij de evaluatie blijken de ouders het verband tussen verbeterde taalproductie en gedragsverandering namelijk minder duidelijk te zien dan voorheen de relatie tussen gedrag en niet-spreken. In de interactie tussen ouders en kind gebeurt kennelijk meer. Er is een bepaald advies gegeven. Het kind gaat naar een peuter-speelzaal, krijgt gehoorverbeterende maatregelen, krijgt logopedische therapie of krijgt andere vormen van aandacht. Vaak gaan de ouders andere of extra aandacht aan de spraak-taalontwikkeling geven. Op basis van dit alles gaat het kind beter spreken en wordt het anders in zijn gedrag. De ouders brengen dit andere gedrag en de verbeterde spreekprestaties echter niet met elkaar in verband, zij verklaren het andere gedrag vanuit "ouder worden", "zelfstandiger worden" of "ondernemender worden" van het kind. Misschien is het wel zo dat door diagnoststelling en advisering de ouders minder ongerust zijn en daardoor zekerder zijn geworden in de opvoeding en duidelijker naar het kind kunnen optreden. Het idee dat er aandacht is voor het probleem van niet-spreken, een luisterend oor, is misschien al voldoende om positiever naar het kind te kunnen kijken. Het gedrag van het kind verandert daardoor meteen al, althans in de ogen van de ouders.

*Concluderend willen we stellen dat de wijze waarop ouders de taalproblematiek van hun kind beleven weliswaar subjectief is, maar deze subjectieve beleving is ondertussen een factor die in niet geringe mate de vorm en inhoud van de interactie, de pedagogische atmosfeer en de pedagogische praktijk bepaalt. Tijdige onderkenning en advisering lijkt alleen al hierom belangrijk.*

### **VII.3.3. Ouderlijke beleving ten aanzien van het gedrag van het kind thuis en in contact met andere kinderen**

Volgens de vragenlijst 'Gedrag en Taalontwikkeling' 2- en 3-jarigen verschilt het gedrag van taalgestoorde kinderen en van sprekende kinderen in dezelfde leeftijd op de clusters 'Taalcompetentie' en 'Aanpassing'. Over het verschil in taalcompetentie zijn we natuurlijk nauwelijks verbaasd, juist de taalontwikkeling was het criterium om de twee groepen te onderscheiden. We kunnen vaststellen dat de groepen goed zijn samengesteld.

Het verschil in 'Aanpassing', de grotere moeite die taalgestoorde kinderen hebben om zich aan te passen aan de omgeving, komt ook uit het interview naar voren. Taalgestoorde kinderen maken moeilijker contact met andere kinderen.

*We kunnen derhalve concluderen dat taalgestoorde kinderen zich in hun betrekkingen met leeftijdgenootjes anders gedragen dan normaal sprekende kinderen in dezelfde leeftijd.* Een deel van de derde vraag die in Hoofdstuk V werd gesteld, is hiermee positief beantwoord.

Na vier maanden zijn de kinderen in de aanpassing aan de omgeving veranderd. Ze zoeken *meer* contact en zijn dan ook actiever in het contact. Deze veranderingen hebben volgens de ouders duidelijk met het verbeterde spreekgedrag te maken. De verbetering in de taalproductie en het communicatieve gedrag, zowel subjectief als objectief vaststelbaar, werken gunstig op het contact met andere kinderen. De spraak-taalontwikkeling lijkt hiermee een belangrijke factor in de sociale ontwikkeling.



Anderzijds is het natuurlijk ook zo dat de sociale ontwikkeling een belangrijke rol speelt bij de spraak-taalontwikkeling. Op dit punt aangekomen, lijkt het daarom belangrijk onderscheid te maken tussen preverbale sociale ontwikkeling en de sociale ontwikkeling nadat het spreken een aanvang heeft genomen. In de preverbale periode wordt de vroege non-verbale communicatie vanuit de emotionele betrokkenheid van de ouders op gang gebracht. Hiermee wordt de basis voor de sociale ontwikkeling tussen en met anderen gelegd. In de verbale periode gaat de preverbale sociale ontwikkeling tussen ouders en kind door, maar de ontwikkeling naar anderen toe krijgt nu langzamerhand ook vorm, waarbij het spreken een belangrijke factor is. Bij taalgestoorde kinderen is het daarom te begrijpen dat minder contact met de omgeving wordt gezocht, terwijl het contact met de ouders op basis van de al bestaande 'geschiedenis' gewoon door kan gaan.

Het algemene *gedrag* van taalgestoorde kinderen verschilt volgens de vragenlijst Gedrag en Taalontwikkeling niet van dat van sprekende kinderen en hieronder wordt verstaan slaapritme en boos of dwars zijn. In het interview gaven de ouders aan dat beide groepen kinderen zich even prettig voelen. We kunnen dus niet concluderen dat jonge taalgestoorde kinderen thuis wat betreft 'stemming' ander gedrag vertonen dan sprekende kinderen in dezelfde leeftijd. De 'stemming' van beide groepen kinderen is ongeveer hetzelfde.

Het gedrag waarop taalgestoorde kinderen thuis anders zijn dan sprekende kinderen in dezelfde leeftijd is het communicatieve gedrag. Gedrag wordt niet alleen bepaald door 'stemming', maar ook door taalgebruik. Taalgestoorde kinderen zoeken, in tegenstelling tot sprekende kinderen in dezelfde leeftijd, veelvuldig non-verbaal contact, zoals wijzen en gebaren of ouders bij de hand nemen (in 80% van de gevallen). We kunnen concluderen dat jonge taalgestoorde kinderen thuis op het punt van de manier van communiceren (verbaal/non-verbaal) ander gedrag vertonen dan sprekende kinderen in dezelfde leeftijd.

Wanneer we nu een ander deel beschouwen van de derde vraag die in Hoofdstuk V werd gesteld, namelijk of het gedrag van taalgestoorde kinderen thuis anders is dan dat van sprekende kinderen in dezelfde leeftijd, dan moet hier een genuanceerd antwoord gegeven worden.

*Voorzover het de stemming van de kinderen betreft is het gedrag niet anders, voorzover het het taalgebruik betreft is het gedrag wel anders. Taalgestoorde kinderen communiceren veelvuldig met wijzen, gebaren en ouders bij de hand nemen.*

#### **VII.3.4. De omgangsvorm tussen ouders en kind**

De omgang tussen ouders en hun taalgestoorde kind is, volgens de gegevens uit het interview, niet opvallend verschillend van die van ouders en sprekende kinderen in dezelfde leeftijd. Toch begrijpen de ouders uit de onderzoeksgroep hun kinderen over het algemeen minder goed dan de ouders uit de controlegroep en dit zou implicaties voor de opvoeding kunnen hebben. Kennelijk is dat niet zo, althans dat wordt door de ouders gezegd. Misschien hebben we hier te maken met de al eerder geopperde verdringing van problemen. Deze verdringing kan te maken hebben met het feit dat ouders hun gevoelens en emoties rond het niet-spreken van hun kind niet goed onder woorden kunnen brengen en dat andere mensen in gesprekken vaak wat sussend optreden ("het komt wel goed", "maak je maar geen zorgen"). Ook het feit dat de ouders van taalgestoorde kinderen vaak denken dat het karakter van hun kind een belangrijke rol speelt bij

niet-spreken, kan hierbij van invloed zijn. De buitenwereld hoeft immers niet te weten hoe lastig het kind is. Er wordt een 'sociaal gewenst' antwoord gegeven, waardoor de mythe van ouders met 'gelukkige kinderen' (Klein 1977) wordt bevestigd. Ook kan de geschiedenis die ouders en kind al samen hebben een rol spelen. Het preverbale sociale contact gaat door, men begrijpt elkaar ook zonder woorden wel.

Naar onze mening speelt de verdringing van de problemen echter een belangrijkere rol dan de continuering van de preverbale sociale contacten. De ouders uit de onderzoeksgroep begrijpen hun kinderen te vaak niet (81% van de ouders geeft aan dat ze hun kind soms of vaak niet begrijpen) om staande te houden dat men elkaar zonder woorden wel begrijpt. Daarnaast vinden ouders het spreekbe-  
gin te belangrijk om dit zomaar voorbij te laten gaan en zijn de veranderingen in de omgang tussen ouders en kind na vier maanden te opvallend. Vier maanden na de diagnose en advisering vinden de ouders van de taalgestoorde kinderen name-  
lijk mede op basis van het veranderde gedrag, de omgang met hun kind opeens gemakkelijker verlopen. Kennelijk waren er aanvankelijk toch meer problemen dan onder woorden zijn gebracht.

Maar hoe het ook zij, we moeten van de interviewgegevens uitgaan en dan beleven de twee groepen ouders de omgang met hun kind niet echt verschillend. De ouders vinden de omgang met het taalgestoorde kind niet echt moeilijker en de omgang is niet echt anders dan die met broertjes en zusjes. Ook kunnen de ouders hun kind dingen goed duidelijk maken. Ze moeten hiertoe wel iets vaker aanvul-  
ling op de verbale communicatie geven, zoals wijzen en gebaren, maar het kind zou alles snappen. Gezien het feit dat zoveel taalgestoorde kinderen een onvol-  
doende taalbegrip hebben, moeten we aan deze informatie van de ouders wel twijfelen. Het gaat weer om een subjectieve visie die waarschijnlijk niet overeen-  
komt met de werkelijkheid.

Nader onderzoek naar de aard van de omgangsvorm tussen ouders en kinderen zal moeten plaatsvinden. De vragen die in het interview gesteld zijn, zijn kennelijk te vrijblijvend geweest. We zullen gestructureerde observaties van de omgang tussen ouders en kinderen moeten analyseren om te kunnen beoordelen of ouders met taalgestoorde kinderen een andere omgangsvorm hebben dan ouders met sprekende kinderen in dezelfde leeftijd. Om te beoordelen of bij taalgestoorde kinderen nog sprake is van voorbereidende opvoeding, zullen tijdens die observa-  
ties ook bepaalde pedagogische taken en opdrachten gegeven moeten worden.

*Op dit moment kan slechts gesteld worden dat de omgang tussen ouders en kinderen, taalgestoorden niet-taalgestoord, in de beleving van de ouders niet wezen-  
lijk verschilt en dat er, wederom in hun beleving, geen sprake is van duidelijk te onderscheiden of verschillende fasen in het opvoedingsproces bij beide groepen kinderen.*

De tweede vraag die in Hoofdstuk V gesteld werd, namelijk of ouders van taalgestoorde kinderen meer moeite hebben met het vinden van de juiste omgangsvorm dan ouders van sprekende kinderen in dezelfde leeftijd, moet dus negatief beantwoord worden.

#### **VII.4. Samenvatting resultaten en aanbevelingen**

Kinderen die niet of nauwelijks spreken in de leeftijd van ca. anderhalf tot drie jaar komen weinig voor. Ze maken ongeveer 10% uit van het totaal aantal

taalgestoorde kinderen in de leeftijd van nul tot zes jaar. Driemaal zoveel jongens als meisjes kampen met dit probleem en nader onderzoek is gewenst naar zowel de verschillen tussen aanleg als naar verschillen in verwachtingspatronen van ouders, om de getallen verhouding tussen jongens en meisjes te kunnen verklaren.

De taalstoornis 'audimutitas' betekent dat kinderen weliswaar met elkaar gemeen hebben dat ze niet of nauwelijks spreken, maar de mate van taalbegrip en de manier waarop het verbale en non-verbale taalgebruik (de pragmatiek) zich heeft ontwikkeld, kan sterk variëren. Daarnaast zijn er verschillende situaties en omstandigheden van medische en psychologisch-pedagogische aard die kunnen leiden tot deze taalontwikkelingsstoornis. Nader onderzoek is gewenst naar de betekenis van de taalbegripsontwikkeling in relatie tot factoren die van invloed kunnen zijn of zelfs als oorzaak aangemerkt zouden kunnen worden. Ook lijkt nader onderzoek gewenst naar de taalbegripsontwikkeling in relatie tot de prognose van een taalontwikkelingsstoornis.

Ouders merken dat kinderen een niet goed verlopende spraak- en taalontwikkeling hebben. Globaal genomen kan gezegd worden dat ouders tussen één en twee jaar tolerant staan ten opzichte van niet-spreken ("het mag nog", "het komt nog wel"), maar dat ze vinden dat er tussen twee en drie jaar toch wel wat aan gedaan moet worden. Ouders hechten veel belang aan een goedspraak- en taalontwikkeling, omdat ze deze zien als voorwaarde voor de sociale en cognitieve ontwikkeling. Wanneer het spreken onvoldoende op gang komt, ontstaan emoties als machteloosheid, verdriet en angst. Deze emoties werken op belangrijke wijze door in hun optreden naar en hun beleving van het kind.

Ouders van taalgestoorde kinderen proberen de taalontwikkeling van hun kind te stimuleren, maar doen dit op een andere manier dan ouders van goed sprekende kinderen. Het lijkt erop dat de interactie tussen ouders en kind van dien aard is dat het kind zijn eigen - weinig stimulerende - omgeving ook voor een deel zelf creëert. Nader onderzoek hieromtrent is gewenst.

De taalgestoorde kinderen zelf gedragen zich alleen wat betreft hun taalgebruik en hun contact naar leeftijdgenootjes anders dan andere kinderen. Taalgestoorde kinderen communiceren meer dan andere kinderen met wijzen, gebaren en ouders bij de hand nemen. Daarnaast maken ze moeilijker en minder actief contact met leeftijdgenootjes. Wat betreft de 'stemming' (zich prettig voelen, frequentie van boos of dwars zijn, slaapritme) zijn er geen verschillen.

Ouders ervaren de opvoeding van taalgestoorde en niet-taalgestoorde kinderen niet als wezenlijk anders. De gegevens uit het onderzoek doen echter vermoeden dat dit niet overeenkomt met de werkelijkheid. Wij baseren dit op het feit dat vier maanden na diagnose en advisering ouders van taalgestoorde kinderen, mede op basis van veranderd (taal)gedrag, de omgang met hun kind opeens gemakkelijker vinden verlopen. Nader onderzoek naar de aard en het verloop van de pedagogische relatie bij beide groepen kinderen is gewenst.

# Dankwoord

Een proefschrift is bijna nooit het werk van slechts één persoon. Ook dit proefschrift is tot stand gekomen mede dankzij de direkte en indirecte steun van vele anderen, hetgeen reeds voldoende duidelijk wordt door het feit dat het onderzoek kon worden uitgevoerd binnen de Keel-, Neus- en Oorkliniek van het Academisch Ziekenhuis te Groningen. De leiding van deze kliniek, aanvankelijk Prof. Dr. P.E. Hoeksema en nu Dr. A.A. Annyas, betuig ik daarvoor allereerst mijn dank.

Naast hen wil ik, zonder daarbij tekort te willen doen aan mensen die niet bij name genoemd worden, in het bijzonder met dank noemen:

Prof. Dr. A.F. Kalverboer, die mij geduld leerde en standvastigheid op de eenmaal ingeslagen weg;

Prof. Dr. J.D. Imelman, die mij steeds weer inspireerde tot het formuleren van in mijzelf opgesloten kennis;

Dr. H.K. Schutte, die het medische gedeelte van het onderzoek voor zijn rekening nam en als gesprekspartner voor ieder onderdeel van het gehele werk steeds aanwezig was;

Drs. B.J. Wijnberg, vanwege haar aandeel bij het in kaart brengen van de non-verbale ontwikkeling van de kinderen uit de onderzoeksgroep en haar hulp bij de methodologische verwerking van de gegevens;

de klinische logopedisten Liesbeth Bors, Janke Dijkstra, Renske de Vries en Mieke Wicherlink, allen werkzaam binnen het Centrum voor Stem-, Spraak- en Taalstoornissen, die het materiaal voor de taalanalyses leverden.

Niet alleen de huidige logopedisten, maar ook alle anderen die binnen het Centrum hebben gewerkt, dank ik voor hun inzet bij de diagnostiek en behandeling van spraak- en taalgestoorte kinderen. Hun vragen, opmerkingen en problemen zijn mede aanzet geweest tot dit onderzoek. In het bijzonder wil ik hierbij Grietha de Boer noemen.

Dr. M. Smrkovsky, vanwege zijn inzet bij het verkrijgen van de gegevens betreffende de situaties van de kinderen thuis;

de Prof. Dr. Eelco Huizinga Stichting, die het financieel mogelijk maakte om alle kinderen thuis te bezoeken;

Prof. Dr. Ir. H.P. Wit en Drs. C. Sytstra voor hun aanvullende opmerkingen bij bepaalde onderdelen van de tekst;

mevr. J.M. Wilkens-Gietema, die altijd meedacht en met niet aflatende vrolijkheid en efficiëntie het manuscript drukklaar heeft gemaakt;

dhr. M. Goslinga voor het maken van de figuren.

Niet in de laatste plaats hebben de humor en het relativerende vermogen van Jaap, Bram en Jan Lodewijk een stimulerende bron gevormd, van waaruit ik steeds kon werken.

# Samenvatting

Onderwerp van studie in dit proefschrift is het niet of nauwelijks spreken van kinderen in de leeftijd van ca. anderhalf tot drie jaar. De meeste kinderen zullen in deze leeftijdsperiode al actief met het spreken zijn begonnen. Het onderwerp van studie betreft dus - naar het schijnt - kinderen met een taalontwikkelingsstoornis.

In hoofdstuk I wordt de rol en de functie van de taal in het algemeen beschreven. De gesproken taal maakt gebruik van een tekensysteem, waardoor mensen zich los kunnen maken uit de ogenblikkelijke beleving. Taalgebruik geeft mensen een bepaalde relatie met de wereld en met andere mensen. De periode van de non-verbale communicatie lijkt een voorbereidende fase te zijn, zowel op het spreken en de taalhantering in bredere zin als op de opvoeding.

In hoofdstuk II wordt het verschijnsel 'taalontwikkelingsstoornis' vanuit historisch perspectief belicht. De Tweede Wereldoorlog is niet alleen een politieke kwestie geweest; grote invloed is ook uitgegaan naar de manier waarop men zich met het vak 'taalontwikkelingsstoornissen' bezighield. Voor de Tweede Wereldoorlog probeerde men taalontwikkelingsstoornissen te begrijpen vanuit het analyseren van beïnvloedende factoren. Na de Tweede Wereldoorlog kwam, althans in het Westen, het accent geleidelijk aan meer te liggen op het analyseren van taalpatronen.

In hoofdstuk III worden de factoren behandeld die volgens de medische, psychologische en psycholinguïstische literatuur van invloed kunnen zijn op het verloop van de spraak- en taalontwikkeling van een kind.

In hoofdstuk IV worden de mogelijke, in de literatuur genoemde, gevolgen van taalontwikkelingsstoornissen bij kinderen besproken op het gedrag van het kind, op de leerprestaties van het kind en op de opvoedingsrelatie tussen ouders en kind.

In hoofdstuk V zijn vragen en uitgangspunten voor onderzoek geformuleerd. Vanuit de huidige stand van zaken met betrekking tot het verschijnsel taalontwikkelingsstoornis, willen we het niet of nauwelijks spreken van jonge kinderen ondanks, een naar het schijnt normaal gehoor en normale intelligentie - 'audimutitas' - begrijpen vanuit de *aard* van de problematiek zelf, vanuit de *factoren* die de taalontwikkelingsstoornis zouden kunnen beïnvloeden of veroorzaken, en vanuit de *situatie* waarin de taalontwikkelingsstoornis zich voordoet.

## *De aard van de taalproblematiek*

Om de taalontwikkelingsstoornis van een jong kind te kunnen kenschetsen is door middel van een taalanalyse nagegaan hoe het taalbegrip, de taalproductie en het taalgebruik er uit zien. Het taalbegrip is nagegaan door het kind verbale opdrachten te geven en te zien hoe deze uitgevoerd worden (Reynell Developmen-

tal Language Scales). De taalproductie is onderzocht door alle spontane uitingen die het kind in de onderzoekssituatie uitsprekt - zo deze aanwezig waren - op te tekenen en vervolgens te analyseren. Het taalgebruik is nagegaan door in de onderzoekssituatie een analyse te maken van alle verbale en non-verbale communicatieve uitingen van het kind. Ook is er bekeken of er een samenhang bestaat tussen begrip, productie en het gebruik van taal.

*De factoren die de taalontwikkelingsstoornis zouden kunnen beïnvloeden of veroorzaken*

Alle kinderen uit de onderzoeksgroep zijn volgens een vast medisch-psychologisch/pedagogisch onderzoeksprotocol onderzocht. Het medisch onderzoek richt zich op het gehoor en op de anatomische aspecten en functionele mogelijkheden van de spraakorganen. Ook wordt de neurologische ontwikkeling van het kind gescreend. Via psychologisch/pedagogisch onderzoek wordt getracht te ontdekken hoe het staat met de non-verbale cognitieve ontwikkeling van het kind, met de emotionele ontwikkeling en met de mate waarin de situatie thuis stimulerend is voor de taalontwikkeling.

*De situatie waarin de taalontwikkelingsstoornis zich voordoet*

Kinderen leven in een sociale omgeving. Ze hebben ouders of verzorgers en vaak komen ze, door die ouders of verzorgers, ook in aanraking met leeftijdgenootjes. We zijn daarom geïnteresseerd in de effecten van een taalontwikkelingsstoornis op de interactieprocessen in die sociale omgeving. We willen weten in hoeverre een taalontwikkelingsstoornis invloed heeft op de interactie tussen ouders en kind. Dit is nagegaan door aan de ouders te vragen wat hun visie is op het gedrag van het kind thuis en door de perceptie die de ouders hebben op de omgang tussen henzelf en hun kind te analyseren. Het gedrag van het taalgestoorde kind in de omgang met leeftijdgenootjes is eveneens nagegaan door aan de ouders hun visie hierop te vragen. De controlegroep bestaat uit 'normaal' sprekende kinderen in de leeftijd van anderhalf tot drie jaar.

Het onderzoek is te omschrijven als een *verkenning*. De relatie tussen taalontwikkeling, gedrag en opvoeding is dermate gecompliceerd dat nog slechts de eerste stappen gezet kunnen worden om een taalontwikkelingsstoornis als pedagogisch probleem te onderzoeken en om aspecten van de relatie tussen taalontwikkeling, gedrag en opvoeding te verduidelijken.

In hoofdstuk VI worden de resultaten besproken. De gegevens zijn waar mogelijk non-parametrisch verwerkt. Mede ook na de discussie in hoofdstuk VII zijn de resultaten als volgt weer te geven:

- Kinderen die niet of nauwelijks spreken in de leeftijd van ca. anderhalf tot drie jaar komen weinig voor. Ze maken ongeveer 10% uit van het totaal aantal taalgestoorde kinderen in de leeftijd van nul tot zes jaar. Driemaal zoveel jongens als meisjes kampen met dit probleem en nader onderzoek is gewenst naar zowel de verschillen tussen aanleg als naar verschillen in verwachtingspatronen van ouders, om de getallen verhouding tussen jongens en meisjes te kunnen verklaren.
- De taalstoornis 'audimutitas' betekent dat kinderen met elkaar gemeen hebben dat ze niet of nauwelijks spreken, maar dat de mate van taalbegrip



en de manier waarop het verbale en non-verbale taalgebruik (de pragmatiek) zich heeft ontwikkeld, kan sterk variëren. Daarnaast zijn er verschillende situaties en omstandigheden van medische en psychologisch-pedagogische aard die kunnen leiden tot deze taalontwikkelingsstoornis. Nader onderzoek is gewenst naar de betekenis van de taalbegripsontwikkeling in relatie tot factoren die van invloed kunnen zijn of zelfs als oorzaak aangemerkt zouden kunnen worden. Ook lijkt nader onderzoek gewenst naar de taalbegripsontwikkeling in relatie tot de prognose van een taalontwikkelingsstoornis.

- Ouders merken dat kinderen een niet goed verlopende spraak- en taalontwikkeling hebben. Globaal genomen kan gezegd worden dat ouders tussen één en twee jaar tolerant staan ten opzichte van niet-spreken ("het mag nog", "het komt nog wel"), maar dat ze vinden dat er tussen twee en drie jaar toch wel wat aan gedaan moet worden. Ouders hechten veel belang aan een goede spraak- en taalontwikkeling, omdat ze deze zien als voorwaarde voor de sociale en cognitieve ontwikkeling. Wanneer het spreken onvoldoende op gang komt, ontstaan emoties als machteloosheid, verdriet en angst. Deze emoties werken op belangrijke wijze door in hun optreden naar en hun beleving van het kind.
- Ouders van taalgestoorde kinderen proberen de taalontwikkeling van hun kind te stimuleren, maar doen dit op een andere manier dan ouders van goed sprekende kinderen. Het lijkt erop dat de interactie tussen ouders en kind van dien aard is dat het kind zijn eigen - weinig stimulerende - omgeving ook voor een deel zelf creëert. Nader onderzoek hieromtrent is gewenst.
- De taalgestoorde kinderen zelf gedragen zich alleen wat betreft hun taalgebruik en hun contact naar leeftijdgenootjes anders dan andere kinderen. Taalgestoorde kinderen communiceren meer dan andere kinderen met wijzen, gebaren en ouders bij de hand nemen. Daarnaast maken ze moeilijker en minder actief contact met leeftijdgenootjes. Wat betreft de 'stemming' (zich prettig voelen, frequentie van boos of dwars zijn, slaapritme) zijn er geen verschillen.
- Ouders ervaren de opvoeding van taalgestoorde en niet-taalgestoorde kinderen niet als wezenlijk anders. De gegevens uit het onderzoek doen echter vermoeden dat dit niet overeenkomt met de werkelijkheid. Wij baseren dit op het feit dat vier maanden na diagnose en advisering ouders van taalgestoorde kinderen, mede op basis van veranderd (taal)gedrag, de omgang met hun kind opeens gemakkelijker vinden verlopen. Nader onderzoek naar de aard en het verloop van de pedagogische relatie bij beide groepen kinderen is gewenst.

*Slotopmerking:*

Taalontwikkelingsstoornissen laten ouders en kinderen niet onberoerd. Ze zijn ingebed in de communicatieve situatie en niet alleen 'iets van het kind'. In de klinische praktijk vragen ouders van taalgestoorde kinderen om advies, ze willen een bepaalde behandeling gerealiseerd zien en willen weten wat de prognose is.

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat we ons bij het uitbrengen van een advies niet kunnen beperken tot een bepaalde diagnostische benadering. We hebben, naast talige verschijnselen en beïnvloedende factoren, te maken met ouders die weliswaar een subjectieve beleving hebben van de taalproblematiek van hun kind, maar deze subjectieve beleving is ondertussen een factor die in niet geringe mate de vorm en inhoud van de interactie, de pedagogische atmosfeer en de pedagogische praktijk bepaalt.



# Summary

The subject of study in this thesis is children between the ages one and a half and three who have not yet begun to speak. Most normal children in this age are active speakers. Our study, thus, is concerned with language-disturbed children.

Chapter I describes the universal role and function of language. Spoken language makes use of a sign system by which people can transcend the momentary experience. The use of spoken language effectuates a specific relation with the surrounding world and with other people. The period of non-verbal communication seems to be a preparatory one for speaking and verbal communication in a broad sense as well as for child-rearing practises.

Chapter II describes the phenomena 'Language disorders' from a historical point of view. World War II was not a political issue only; it had great effects on the way in which language disorders were viewed. Before World War II people tried to understand language disorders from the factors underlying these problems. After World War II there was a shift in emphasis to analysing language pattern, at least in Western Europe.

Chapter III describes the factors which can affect the child's development of speech and language, according to medical, psychological and psycholinguistic literature.

Chapter IV describes, according to literature, the effects of language disorders on children's behaviour, children's learning achievements and on child-rearing practises.

In chapter V questions and premisses are formulated. From the present state of knowledge on language disorders we would like to understand the language problem 'audimutitas' - the language problems of children between the ages of one and a half and three years who have not yet begun to speak despite an apparently normal hearing and normal intelligence. We seek to understand the *nature* of the children's language problems, the *factors* underlying these problems and the *situations* in which the problem occur.

## *The nature of the language problems*

In order to describe the language problems of the children investigated, in this study a language exploration was done. Language comprehension was examined (Reynell Developmental Language Scales, revised 1977). For language production all spontaneous utterances of the child - if they were present - were analysed and communicative development was observed. The correlations between comprehension, production and use of language were computed.

### *Factors underlying or influencing the language problems*

In accordance with the factors mentioned in the literature which can affect speech and language development, we examined all the language-disturbed children following the same medical and psychological procedure. The medical points of examination were: hearing function, morphological function, as well as a screening of the neurological development. The psychological points of investigation were: non-verbal cognitive development, emotional development and evaluation of social circumstances.

### *Situations in which the language problems occur*

Since children live with their parents and meet other children, we looked into the possible effects of the language disorders on interactions with the social surroundings. Parents were asked how they perceive the behaviour of the child at home and how they perceive the interactions of their child with peers. They were also asked about their child-rearing practises. The control group consisted of normal speaking children in the ages between one and a half and three years.

The study is *exploratory*. The relation between the child's behaviour and language development and child-rearing practises of the parents is very complicated. We took preliminary steps in analysing language disorders as a child-rearing problem and throw some light on the dynamics of these factors.

In chapter VI the results are presented. Non-parametric statistics were applied when comparison with the control group was possible. After the discussion in chapter VII, the results can be summarized as follows:

- Children between the ages of one and a half and three who have not yet begun to speak are relatively uncommon. They form 10% of the total number of language-disturbed children in the ages between zero and six. The number of language-disturbed boys is three times the number of language-disturbed girls. To explain this, further investigations are recommended into differences in talent for language and into differences in parental expectations between boys and girls.
- The language disorder 'audimutitas' stands for the fact that children have not yet begun to speak. The language comprehension and the communicative development of these children however, can vary considerably. Besides this, various situations and factors of medical and psychological nature can induce this language disorder. Further investigations are recommended into the meaning of development of language comprehension in relation with influencing or causal factors. Investigations into the relationship between language comprehension and prognosis of the language problem is also recommended.
- Parents generally have a sense that something is wrong when their child does not speak in a proper way. When the child has not yet begun to speak between one and two years of age parents have tolerance, but between the ages two and three parents want action. They attach great importance to a good speech and language development because of its influence on social and cognitive development. When there is a language problem perceived by

the parents they have to contend with emotions such as powerlessness, sorrow and fear. These emotions affect the parental attitude towards the child to a great extent.

- Parents of language-disturbed children try to stimulate the language development of their children; however, they do this in a manner different from that of parents of normal speaking children. It seems as if in the interactions between parents and child, the child partly creates his own surroundings. Further investigations in these phenomena are recommended.
- Language-disturbed children differ from their normal speaking peers in use of language and in openness for contact with other children. Language-disturbed children communicate, more than other children, with pointing, gesturing and leading the parents by the hand. They have more difficulty in making contact and show in this respect less activity than peers. In general their 'moods' (feelings of pleasure, tempers, sleeping rhythm) seem to be similar to those of normal speaking children.
- Parents are not aware of great differences in their child-rearing practises toward language-disturbed and normal speaking children of their own. Our study indicates however, that after four months of our advising the parents, the behaviour of the child and child-rearing practises are perceived as less problematic. Further investigations into child-rearing practises in both groups of children are recommended.

#### *In general*

Language disorders are woven into the fabric of communication between parents and child and are not attributes of the child alone. Parents who generally have difficulty appreciating the complexity of this state of affairs, want advice, a program of treatment for the child, and a prognosis from the clinician. Our study shows that we cannot restrict ourselves to a single, child-oriented diagnostic approach. The parental experience, both passively, as an emotion-provoking perception of the language disorder of the child, and actively, in the resulting adaptation of child-rearing practises, is always specific to the family, and a part of the problem that cannot be overlooked.

# Literatuur

- Allen, K.E., Holm, V.A., Schiefelbusch, R.L., 1978, Early intervention - a team approach. University Park Press, Baltimore.
- Arnold, G.E., 1949, Ueber Zusammenhänge von zerebralen Hörstörungen und Hörstummheit. *Folia Phoniatr* 2, 12-22.
- Arnold, G.E., 1961, The genetic background of developmental language disorders. *Folia Phoniatr* 13, 246-254.
- Arnold, G.E., 1961, Phoniatrie contributions to language research. *Folia Phoniatr* 13, 121-135.
- Arts, W.F., 1984, Personal communication. Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, Rotterdam.
- Baltaxe, C.A.M., Simmons, J.Q., 1975, Language in childhood psychosis; a review. *J Speech Hear Disord* 40, 439-458.
- Barrett, R., Hanson, M., 1978, Oral myofunctional disorders. C.V. Mosby, St. Louis.
- Bates, J.E., 1980, The concept of difficult temperament. *Merrill Palmer Quarterly*, 26, 299-319.
- Beiboer, J.L., Damsté, P.H., Elfers, P.G., van Gruting, H.M., 1970, Afwijkende mondgevoonten. Stafleu, Leiden.
- Bernstein, B., 1971, Class, codes and control. Vol. I. Theoretical studies towards a sociology of language. Routledge and Kegan Paul, London.
- Biesalski, P., Böhme, G., Frank, F., Luchsinger, R., 1973, Phoniatrie und Pädoaudiologie. George Thieme Verlag, Stuttgart.
- Biesalski, P., 1978, Ärztlicher Rat bei Sprachstörungen im Kindesalter. Thieme, Stuttgart.
- Bladergroen, W.J., 1978, Problemen der kinderdiagnostiek. Openbare les, Groningen, 1949. In: Keuze uit het werk van Wilhelmina J. Bladergroen. Vermande, IJmuiden.
- Blank, M., 1973, Teaching learning in the pre-school; a dialogue approach. Charles Merrill Publ Cie, Columbus Ohio.
- Blank, M., 1974, Cognitive functions of language in the preschool years. *Develop Psychol*, vol. 10, nr. 2, 229-245.
- Blank, M., Rose, S.A., Berlin, L.J., 1978, The language of learning, the preschool years. Grune and Stratton, New York.
- Bloom, L., 1970, Language development: form and function in emerging grammars. M.I.T. Press, Cambridge.
- Bloom, L., Lahey, M., 1978, Language development and language disorders. Wiley, New York.
- Bloomfield, L., 1926, A set of postulates for the science of language. *Language*, 2, 153-164.
- Böhme, G., 1976, Hör- und Sprachstörungen bei Mehrfachschädigungen im Kindesalter. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.
- Böhme, G., 1983, Klinik der Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, tweede gewijzigde druk.
- Bol, G., Kuiken, F. 1980, Grammatikale analyse voor taalontwikkelings stoornissen. Publikatie 26, Inst Alg Taalwetenschap, Universiteit van Amsterdam.
- Bollnow, O.F., 1966, 1979, Sprache und Erziehung. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.

- Bon, W.H.J. v., Hoekstra, G.J., 1982, Taaltest voor kinderen. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Bonnema, J., Manschot, W., 1973, Spraakontwikkelingsschaal van 0-5 jaar. Paedoaudio-logisch Instituut, Amsterdam.
- Bowerman, M., 1973, Structural relationships in children's utterances: syntactic or semantic? In: Cognitive development and the acquisition of language. T. Moore (ed), Academic Press, New York.
- Bos, M.J.I. 1982, De pedagogische ontmoeting bij Martin Buber. *Ped Tijdschr/Forum van Opvoedkunde*, 7, nr. 2, 58-66.
- Bos, K.P. v.d., 1985, Dyslexie, theorie, onderzoek en behandeling. Handboek kinderen en adolescenten, afl. 1. Van Lochem Slaterus, Deventer.
- Bosman, E., 1987, Pedagogiek en handelingstheorie. Een onderzoek naar de grondslagen van de pedagogiek. Acco, Amersfoort.
- Bradley, R.H., 1981, The HOME inventory: a review of findings from the Little Rock longitudinal study. *Ment Health J*, 198-205.
- Braine, M.D.S., 1963, The ontogeny of English phrase structure: the first phrase. *Language* 39, 1-13.
- Bricker, W.A., Bricker, D.D., 1970, A program of language training for the severely handicapped child. *Except Child*, 3, 101-111.
- Bricker, W.A., Bricker, D.D., 1974, An early training strategy. In: Language perspectives. Acquisition retardation and intervention. Schiefelbusch, R.L., Loydd, L. (eds). University Park Press, Baltimore.
- Broen, P., 1972, The verbal environment of the language learning child. *Am Speech and Hear Ass Monographs* 17, 1-65.
- Brown, R., Bellugi, U., 1964, Three processes in the child's acquisition of syntax. In: Language and learning. *Harvard Educational Review*, 34, 133-151.
- Brown, R., Fraser, C., 1964, The acquisition of syntax. In: The acquisition of language. Bellugi, U., Brown, R. Monographs of the society for research in child development. University Press, Chicago, 29, 43-79.
- Brown, R., 1968, The development of wh-questions in child speech. *J Verbal Learning and Verbal behaviour*, 7, 279-290.
- Brown, R., Cazden, C., Bellugi-Klima U., 1969, The child's grammar from I to III. In: Minnesota symposium on child development (vol. 2), Hill, J. (ed). University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Brown, R.A., 1973, A first language. Harvard University Press, Cambridge.
- Bruner, J.S., 1975a, From communication to language - a psychological perspective. *Cognition* 4, 225-287.
- Bruner, J.S., 1975b, The ontogenesis of speech acts. *J Child Language* 2, 1-21.
- Bruner, J.S., 1977, Early social interaction and language acquisition. In: Studies in mother - infant interaction. Proc of the Loch Lomond Symp Ross Priory Uni of Strathclyde, Schaffer, H.R. (ed). Academic Press, New York.
- Buber, M., 1962, Werke. Schriften zur Philosophie. Kösel, München.
- Buber, M., 1970, Voordrachten over opvoeding & autobiografische fragmenten. Bijleveld, Utrecht.
- Bühler, K., 1934, 1965, Sprachtheorie, die Darstellungsfunktion der Sprache. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, ongewijzigde herdruk.
- Bullowa, M., 1979, Before speech. The beginning of interpersonal communication. University Press, Cambridge.
- Caldwell, B.M., Bradley, R.H., 1979, Home observation for measurement of the environment. University of Arkansas, Little Rock.
- Campbell, R.N., Smith, P.T., 1978, Recent advances in the psychology of language. Language development and mother-child interaction. Nato Conference Series III, vol. 4a. Plenum Press, New York.

- Carrow-Woolfolk, E., Lynch, J.I., 1982, An integrative approach to language disorders in children. Grune & Stratton, New York.
- McCarthy, D., 1954, Language development in children. In: Carmichael's manual of child psychology. P. Mussen (ed). John Wiley & Sons, New York.
- Casey, P.H., Bradley, R.H., 1982, The impact of the home environment on children's development: clinical relevance for the pediatrician. *J Dev Behav Pediatr*, vol. 3, nr. 3, 146-162.
- Cazden, C.B., 1981, Language in early childhood education. NAEYC, Washington D.C.
- Chase, R.A., 1972, Neurological aspects of language disorders in children. In: Principles of childhood language disabilities. Irwin, J.V., Marge, M. (ed). Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Chomsky, N., 1957, Syntactic structures. Mouton, The Hague.
- Chomsky, N., 1965, Aspects of the theory of syntax. MIT Press, Cambridge.
- Clark, E.V., 1974, Some aspects of the conceptual basis for first language acquisition. In: Language perspectives, acquisition, retardation and intervention. Schiefelbusch, R.L., Lloyd, L.L. (ed). University Park Press, Baltimore.
- Clark, E.V., 1978, Strategies for communicating. *Child Dev*, 49, 953-959.
- Cole, K.N., Dale, P.S., 1986, Direct language instruction and interactive language instruction with language delayed pre-school children. *J Speech Hear Res*, vol. 29, 206-217.
- Cole, P.R., 1982, Language disorders in pre-school children. Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.Y.
- Conti-Ramsden, G., 1987, Mother-child talk with language impaired children. *Proc First Int Symp on Specific Speech and Language Disorders in Children*, Reading, England.
- Cools, A.T.M., Hermanns, J.M.A., 1976, DOS - Denver ontwikkeling screeningtest. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Cools, A.T.M., Hermanns, J.M.A., 1977, Vroegtijdige onderkenning van problemen in de ontwikkeling van kinderen. In: Constructie en toepassing van de Denver Ontwikkeling Screeningtest. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Cooperman, O., Joseph, A., Tizard, B., 1972, Environmental effects on language development: a study of young children in long-stay residential nurseries. *Child Dev* 43, 337.
- Craig, H.K., 1983, Applications of pragmatic language models for intervention. In: Pragmatic assessment and intervention issues in language, Gallagher, T.M., Prutting, C.A. (ed). College Hill Press, San Diego.
- Creaghead, N., Miller, N., 1985, Using scripts to facilitate language. *Am Speech-Language-Hearing-Ass*, Washington, D.C.
- Crickmay, M.C., 1966, Speech therapy and the Bobath approach to cerebral palsy. Charles C. Thomas, Illinois.
- Cromer, F.R., 1974, Receptive language in mentally retarded. In: Language perspectives, acquisition, retardation and intervention. Schiefelbusch, R.L., Lloyd, L.L. (eds). University Press, Baltimore.
- Cromer, F.R., 1976, The cognitive hypothesis of language acquisition and its implications for child language deficiency. In: Normal and deficient language. Morehead, S.M., Morehead, A.E. (ed). University Park Press, Baltimore.
- Cromer, F.R., 1981, Developmental language disorders: cognitive processes, semantics, pragmatics, phonology and syntax. *J Autism Dev Disord*, vol. II, nr. 1, 57-74.
- Crul, Th.A.M., Peters, H.F.M., 1976, Auditieve diskriminatie test. ADIT. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Crystal, D., Fletcher, P., Garman, M., 1976, The grammatical analysis of language disability. Edward Arnold, London.
- Crystal, D., 1979, Working with Lasp. Edward Arnold, London.
- Crystal, D., 1981, Clinical linguistics. Disorders of Communication 3, Springer Verlag, Wien/New York.

- Crystal, D., 1982, Profiling linguistic disability. Edward Arnold, London.
- Crystal, D., 1986, Listen to your child; a parents guide to children's language. Penquin Books Ltd, Harmondsworth.
- Dale, Ph. S., 1980, Is early pragmatic development measurable? *J Child Language*, 7, 1-12.
- Damsté, P.H., 1987, Spraak-taalontwikkeling en biologische weerbaarheid. Afscheidscollege 27 jan '87, Afd. Foniatrie AZU.
- Darley, F.L., Aronson, A.E., Brown, J.R., 1969a, Differential diagnostic patterns of dysarthria. *J Speech Hear Res*, 12, 246-269.
- Darley, F.L., Aronson, A.E., Brown, J.R., 1969b, Clusters of deviant speech dimensions in the dysarthrias. *J Speech Hear Res*, 12, 462-496.
- Darley, F.L., Aronson, A.E., Brown, J.R., 1975, Motor speech disorders. W.B. Saunders Company, Philadelphia/London/Toronto.
- Dearden, R.F., Hirst, P.H. Peters, R.S., 1972, Education and the development of reason. Routledge, Kegan Paul.
- McDonald, E.T., Chance, B., 1964, Cerebral palsy. Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.Y.
- Dore, J., 1974, A pragmatic description of early language development. *J Psycholinguist Res*, vol. 3, nr. 4, 343-351.
- Dore, J., 1975, Holophrases, speech acts and language universals. *J Child Language*, 2, 21-40.
- Dumont, J.J., 1974, Taalontwikkelingsachterstanden en taalstoornissen als voorwaarden voor het ontstaan van leerstoornissen. In: Preventie van spraak-taalstoornissen en taalachterstand. NVLF, 5e Int Congr.
- Dunedin Multidisciplinary Child Development Study, 1978, A study of the concurrent and predictive validity of the Reynell development language scales. NFER Publishing Company.
- Dunn, L.M., 1959, Peabody picture vocabulary test. Circle Pines, M.N. American Guidance Service.
- Dijk, J.J. van, 1982, Proeve van een anthropologie van het dove kind. *Tijdschr Orthoped*, nr. 6, 289-300.
- Espir, M.L.E., Rose, C.R., 1970, The basic neurology of speech. Blackwell Scientific Publ, Oxford.
- Everwijn-van Hoorn, J.C., 1982, Luister naar wat ik je vertel. Hulpvraag en hulpverlening bij kinderen met stoornissen in de ontwikkeling van de expressieve taal. Orthovisies, 17, Wolters Noordhoff, Groningen.
- Ewing, A., Ewing, E.C., 1971, Hearing impaired children under five. A guide for parents and teachers. Manchester University Press USA, The Volta Bureau, Washington D.C.
- Finnie, N.R., 1970, Het spastische kind thuis. Scheltema en Holkema, Amsterdam.
- Foucault, M., 1966, De woorden en de dingen; een archeologie van de menswetenschappen. Ambo herdruk, Baarn.
- Fröschels, E., 1918, Kindersprache und Aphasie. Verlag von S. Karger, Berlin.
- Fröschels, E., 1929, Sprach- und Stimmstörungen. Springer Verlag, Wien/Berlin.
- Fröschels, E., 1931, Lehrbuch der Sprachheilkunde (Logopädie). Franz Deutiche. Leipzig/Wien, derde gewijzigde druk.
- Fry, D., 1977, Man as a talking animal. Cambridge.
- Fygetakis, L., Gray, B., 1970, Programmed conditioning of linguistic competence. *Behav Res Ther*, 8, 153-163.
- Gallagher, T.M., Prutting, C.A., 1983, Pragmatic assessment and intervention issues in language. College Hill Press Inc., San Diego.



- Garvey, C., 1975, Requests and responses in children's speech. *J Child Language*, 2, 41-63.
- Garvey, C., 1984, *Children's talk. The developing child.* Harvard University Press.
- Geert, P.L.C. van, 1979, De ontwikkeling van het begrijpen. In: *Overzicht van de ontwikkelingspsychologie.* Koops, W., Werff, J.J. v.d. (ed). Wolters Noordhoff, Groningen.
- Gerlings, P.G., Hammelburg, E., 1979, *Keel-Neus-Oorheelkunde.* Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht.
- Gesell, A., 1950, *The first five years of life.* Methuen en Co Ltd, London.
- Giattino, J., Hogan, J.G., 1975, Analysis of a father's speech to his language learning child. *J Speech Hear Disord* 40, 4, 524-537.
- Golinkoff, R.M., Ames, G.J., 1979, A comparison of father's and mother's speech with their young children. *Child Dev* 50, 28-32.
- Goorhuis-Brouwer, S.M., 1979, Niet vanzelfsprekend. *Taalontwikkelingsstoornissen en afasie bij kinderen.* Orthovisies, nr. 10, Wolters Noordhoff, Groningen.
- Goorhuis-Brouwer, S.M., Schutte, H.K., 1984, Developmental speech and language disturbances. On the need of a correct terminological definition, of a good differential diagnosis by diagnostic teamwork and an attempt of a systematic description of linguistic symptoms. *Fonds voor Geneeskundig Wetenschappelijk Onderzoek.* Contactgroepen fundamentele Wetenschappen, Brussel.
- Goorhuis-Brouwer, S.M., Boer, G.H.A. de, 1985, Interactie tussen taalontwikkelingsstoornissen en milieu. *Log Fon*, 57, 98-100.
- Grewel, F., Waterman, M.L., 1952, Kinderen die niet spreken. *Ned Tijdschr Geneesk*, 96, nr. 2, 74-81.
- Griffith, R., 1954, *The abilities of babies.* University of London Press, London.
- Gutzmann, H., 1893, *Sprachheilkunde. Vorlesungen über die Störungen der Sprache und ihre Heilung.* Verlag von Fischer's medizinische Buchhandlung, H. Kornfeld, Berlin.
- Gutzmann, H., 1912, *Sprachheilkunde. Vorlesungen über die Störungen der Sprache mit besonderer Berücksichtigung der Therapie.* Fischer's Medizin, Berlin, tweede gewijzigde druk.
- Halberstadt-Freud, H.C., 1973, *Psycho-diagnostiek met kinderen.* Swets en Zeitlinger, Amsterdam.
- Halliday, M.A.K., 1975, *Learning how to mean: explorations in the development of language.* Edward Arnold, London.
- Hoekstra, C.C., 1985, Achterstanden in de spraak- en taalontwikkeling van schisiskinderen. *Log Fon* 57, 170-176.
- Holland, A., 1984, *Language disorders in children.* College Hill Press Inc, San Diego.
- Hollenbach, J.M., 1959, *Der Mensch der Zukunft. Anthropologische Besinnung in der Weltwende.* Verlag Josef Knecht, Frankfurt am Main.
- Horst, A.P.J.M. van den, 1968, Slechthorendheid, een stoornis die vaak dieper ingrijpt dan men gewoonlijk vermoedt. In: *Psychologen over het kind, deel I.* Wolters Noordhoff, Groningen.
- Horst, A.P.J.M. van den, 1969, *Luistertest.* Wolters Noordhoff, Groningen.
- Ierland, M.S. van, 1980, Spontane taalanalyse procedure; tussen vier en acht: ontwikkelingen in taalgebruik. *Toegepaste Taalwetensch in Artikelen*, nr. 7.
- Ierland, M.S. van, 1982, Onderkenning en opvang van kinderen met taalontwikkelingsstoornissen: enkele knelpunten. *Log Fon*, 54, 91-103.
- Illingworth, R.S., 1980, The development of communication in the first year and the factors which affect it. In: *Infant communication: cry and early speech.* Murray, Th., Murray, J. (ed). College Hill Press, Houston Texas.
- Imelman, J.D., 1974, *Plaats en inhoud van een personale pedagogiek.* Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen.



- Imelman, J.D. (red.), 1983, *Filosofie van opvoeding en onderwijs*. Wolters Noordhoff, Groningen, tweede gewijzigde druk.
- Imelman, J.D., 1982, *Inleiding in de pedagogiek. Over werkelijkheid, taal en wetenschap van de opvoeding*. Wolters Noordhoff, Groningen, tweede gewijzigde druk.
- Ingram, T.T.S., 1959, Specific developmental disorders of speech in childhood. *Brain*, 82, 450.
- Ingram, T.T.S., 1972, The classification of speech and language disorders in young children. In: *The child with delayed speech*. Rutter, M., Martin, J.A.M. (ed). S.I.M.P., London.
- Inhelder, B., Karmiloff-Smith, A., 1978, Thought and language. In: *Topics in cognitive development*, vol. 2: Language and operational thought. Presseisen, B.Z., Goldstein, D., Appel, M.H. (ed). Plenum Press, New York.
- Inhelder, B., 1977, Language and thought: some remarks on Chomsky and Piaget. *J Psycholinguist Res* 7, nr. 4.
- Irwin, J.V., Marge, M., 1972, *Principles of childhood language disabilities*. Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Jerger, J., 1970, Clinical experience with impedance audiometry. *Arch Otolaryngol*, 92, 311.
- Johnson, W., Darly, F.L., Spriestersbach, D., 1952, *Diagnostic methods in speech correction*. Harper and Row, New York.
- Kalverboer, A.F., 1973, Vroege ontwikkelingsdiagnostiek: enige feiten en vraagtekens. In: *Psychologen over het kind* 3, 53-70. Tjeenk Willink, Groningen.
- Kalverboer, A.F., 1974, De betekenis van lichte organisch-cerebrale stoornissen voor de kinderlijke ontwikkeling in het bijzonder voor de taalverwerving. In: *Preventie van spraakstoornissen en taalachterstand*, NVLF, 5e Nat Congr.
- Kalverboer, A.F., 1974, Enige overwegingen m.b.t. vroege ontwikkelingsdiagnostiek. *Ned Tijdschr Geneesk*, 118, 3, 1304-1311.
- Kalverboer, A.F., 1979, Biopsychologie van de sociale ontwikkeling. In: *Overzicht van de ontwikkelingspsychologie*. Koops, W., Werff, J.J. v.d. (red). Wolters Noordhoff, Groningen.
- Kalverboer, A.F., Hopkins, B., 1983, General introduction: a biopsychological approach to the study of human behaviour. *J of Child Psychol and Psychiatr* 24, 37-38.
- Kalverboer, A.F., 1985, Over de vroegtijdige onderkenning van dyslexie. In: *Dyslexie*. Ley, A. v.d., Stevens, L.M. (ed). Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Kalverboer, A.F., 1987, Follow-up of Biological High-Risk Groups. *Minster Lovell Meeting*, Jan. 28th-31st 1987, European Science Foundation.
- Kanner, L., 1946, Irrelevant and metaphorical language in early infantile autism. *Am J Psychiatry*, 103, 242-246.
- Karmiloff-Smith, A., Inhelder, B., 1974, If you want to get ahead, get a theory. *Cognition*, 3, nr. 3, 195-212.
- Karmiloff-Smith, A., 1978, The interplay between syntax, semantics and phonology in language acquisition processes. In: *Recent advances in the psychology of language, language development and mother-child interaction*, Campbell, R.N., Smith, P.T. (eds). Plenum Press, New York.
- Karmiloff-Smith, A., 1979, A functional approach to child language. *Cambridge Studies Linguistics*, 24. University Press, Cambridge.
- Katz, J., 1978, *Handbook of clinical audiology*. 2nd edition, The Williams and Wilkins Company, Baltimore.
- Keller, H., 1902, *The story of my life*. Doubleday and Company Inc., Garden City, NY, ongewijzigde herdruk.
- Kent, L.A., 1972, A language acquisition program for the retarded. In: *Language interven-*

- tion with the retarded. Lean, J.M.C., Yoder, D., Schiefelbusch, R.L. (eds). University Park Press, Baltimore.
- Kent, L., 1977, Taaltrainingsprogramma voor ontwikkelingsgestoorde kinderen. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Klein, C., 1977, De mythe van het gelukkige kind. Kosmos, Amsterdam.
- Klima, E.S., Bellugi, U., 1966, Syntactic regularities in the speech of children. In: Psycholinguistic papers. Lyons, J., Wales, R.J. (ed). Edinburgh University Press, Edinburgh.
- Koopmans- v. Deinum, F.J., Stelt, J.M. v.d., 1981, De ontwikkeling van de spreekmotoriek in het 1e levensjaar. Log Fon 53, 320-328.
- Kohnstamm, G.A., 1971, Over de taalontwikkeling van kleuters uit het milieu der minst-geschoolden. In: Psychologen over het kind 2. Wolters Noordhoff, Groningen.
- Kohnstamm, G.A., 1973, Een persoonlijke visie op vijf jaar onderzoek naar milieuverschillen in taalontwikkeling en op pogingen om die verschillen te verkleinen. Ned Tijdschr Psychol 28, 155-165.
- Kohnstamm, G.A., 1976, Ontwikkelingspsychologie van nu. In: Psychologen over het kind 4. Wolters Noordhoff, Groningen.
- Kohnstamm, G.A., 1977, Handleiding UTANT. Swets en Zeitlinger, Amsterdam.
- Kohnstamm, G.A., Lem, T.v.d., Hartog, H. den, 1979, Proefkreche woordenschattest. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Kohnstamm, G.A., Sanavro, F., 1980, Utrechtse taalniveautest voor 4-7 jarigen. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Kohnstamm, Ph., 1928, 1967, Persoonlijkheid in wording. Tjeen Willink, Haarlem, vijfde druk.
- Kussmaul, A., 1877, 1910, Die Störungen der Sprache. Versuch einer pathologie der Sprache, 4e Aufl., Vogel Verlag, Leipzig, ongewijzigde herdruk.
- Kwant, R.C., 1963, Fenomenologie van de taal. Aula, Utrecht.
- Laan, K.T.van der, 1984, Enkelzijdig ernstig gehoorverlies en Cross-hoortoestel. Proefschrift Rijksuniversiteit, Groningen.
- Langeveld, M.J., 1969, Beknopte theoretische pedagogiek. Wolters Noordhoff, Groningen, dertiende druk.
- Lasky, E.Z., Klopp, K., 1982, Parent child interactions in normal and language disordered children. J Speech Hear Disord, 47, nr. 1, 7-18.
- McLean, J., Yoder, D., Schiefelbusch, R., 1972, Language intervention with the retarded. University Park Press, Baltimore.
- Lee, L., 1966, Developmental sentence types: a method for comparing normal and deviant syntactic development. J Speech Hear Disord, 31, 311-330.
- Lee, L., Canter, S.M., 1971, Developmental sentence scoring: a clinical procedure for estimating syntactic development in children's spontaneous speech. J Speech Hear Disord 36, 315-338.
- Lee, L., 1974, Linguistic approaches to developmental language disorders. Folia Phoniatr, 26, 33-67.
- Lee, L., Koeningsknecht, R., Mulhern, S., 1975, Interactive language development teaching. Northwestern University Press, Evanston.
- Leij, A. van der, Stevens, L.M. (red.), 1985, Dyslexie. Verslag van het congres over dyslexie, woordblindheid, lees- en schrijfstoornissen. K.U. Nijmegen, 20-21 juni 1984. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Lenneberg, E.H., 1967, Biological foundations of language. John Wiley, New York.
- Leonard, L., 1972, What is deviant language? J Speech Hear Disord, 37, 427-446.
- Levinas, E., 1969, Essays van Emmanuel Levinas: Het menselijk gelaat. Ambo, Utrecht.
- Lewis, N., 1976, Otitis media and linguistic incompetence. Arch Otolaryngol, 102, 387-391.

- Ligtenberg, C.L. van, Hoolboom, H., 1982, Over horen en slecht horen. Stafleu, Alphen a.d. Rijn.
- Liles, B.Z., Watt, J.H., 1984, On the meaning of "language delay". *Folia Phoniatr*, 36, 40-48.
- Ling, D., 1978, Speech development in hearing impaired children. *J Commun Disord*, 11, 119-124.
- Litt, Th., 1927, 1965, Führen oder Wachsenlassen. Ernst Klett Verlag, Stuttgart, ongewijzigde herdruk.
- Lloyd, L.L., 1976, Communication assessment and intervention strategies. University Park Press, Baltimore.
- Lovaas, O.I., 1968, A program for the establishment of speech in psychotic children. In: *Operant procedures in speech and language training*. Sloane, McAuley (ed). Houghton Mifflin Company, Boston.
- Löwe, M., Costello, A.J., 1976, Symbolic play test. NFER, Nelson, Windson.
- Luchsinger, R., 1948, Ueber die Beziehungen der Sprache und Sprachstörungen zur sogenannten Feinmotorik. *Folia Phoniatr* 1, 206-224.
- Luchsinger, R., Arnold, G.E., 1959, Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. Springer Verlag, Wien, tweede gewijzigde druk.
- Luchsinger, R., 1959, Die Vererbung von Sprach- und Stimmstörungen. *Folia Phoniatr*, 11, 7-64.
- Luchsinger, R., 1961, Die Sprachentwicklung von ein- und zweieiigen Zwillingen und die Vererbung von Sprachstörungen in den ersten drei Lebensjahren. *Folia Phoniatr*, 13, 66-76.
- Luchsinger, R., Arnold, G.E., 1970, Handbuch der Stimm- und Sprachheilkunde, zweiter Band, Die Sprache und ihre Störungen. Springer Verlag, Wien, derde gewijzigde druk.
- Lund, N.J., Duchan, J.F., 1983, Assessing children's language in naturalistic contexts. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NY.
- Luria, A.R., Yudovich, F.I., 1959, Speech and the development of mental processes in the child. Staples Press, London.
- Luria, A.R., 1961, The role of speech in the regulation of normal and abnormal behaviour. Pergamon Press.
- Maier, H.W., 1969, Three theories of child development. Harper and Row, New York.
- Malarivve, J., 1977, L'absence de langage chez l'enfant. *Rev Laryngol Otol Rhinol*, 98, nr. 3-4, 165-174.
- Manders, E., Tyberghein, J., 1984, The possible effects of conductive hearing loss on language development. *Acta Otorhinolaryngol Belg*, 38, 255-260.
- Manschot, W., Bonnema, J., 1974, Handleiding bij de experimentele Nederlandse normering van de Peabody Picture Vocabulary Test. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Maran, A.G.D., Wilson, J.A., 1986, Glue ear and speech development, *Br Med J*, 23, 554-555.
- Meel, J.M. van, 1971, Bedreigd denken. Wolters Noordhoff Groningen.
- Menuyk, P., 1963, A preliminary evaluation of grammatical capacity in children. *J Verbal Learning and Verbal Beh* 2, 429-439.
- Menuyk, P., 1964, Comparison of grammar of children with functionally deviant and normal speech. *J Speech Hear Res*, 7, 109-121.
- Menuyk, P., 1974, The bases of language acquisition, some questions. *J Autism Childh Schizo*, 4, nr. 4, 325-345.
- Menuyk, P., 1975a, The language impaired child-linguistic or cognitive impairment. *Ann NY Acad Sc*, 263, 59-69.
- Menuyk, P., 1975b, Children with language problems: What's the problem? In: *Twenty-sixth Georgetown roundtable on language and linguistics*. Dato, D., (ed). 129-144.

- Menuyk, P., 1976a, Language of autistic children: what's wrong and why? Paper at the Int Sympy on Autism, St. Gallen, Switzerland, July 12-15.
- Menuyk, P., 1976b, Language and cognition. *Volta Rev*, 78, 250-257.
- Menuyk, P., 1977, Kind en taalontwikkeling. Aula-boeken nr. 659. Spectrum, Utrecht.
- Menuyk, P., 1980, Non linguistic and linguistic processing in normally developing and language disordered children. In: *Speech and language*, vol. 4. Lass, N. (ed). Academic Press, New York.
- Meulen, B.F. van der, Smrkovsky, M., 1984, Baley ontwikkelingschalen. *Kinderstudies*. Proefschrift Rijksuniversiteit, Groningen.
- Meulen, S.J. v.d., Doets, B., Metz, N., 1986, Taalontwikkelings stoornissen: onderzoek en behandeling. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Miller, W., Ervin, S., 1964, The development of grammar in child language. In: *Monographs of the society for research in child development*. Bellugi-Klima, U., Brown, R. (ed). 29, 9-34.
- Miller, J.F., Yoder, D.E., 1972, A syntax teaching program. In: *Language intervention with the retarded*. McLean, J., Yoder, D.E., Schiefelbusch, R.L. (eds). University Park Press, Baltimore.
- Moerman-Coetsier, L., Besien, F. van, 1982, Taalonderzoek via analyse van spontane taal, deel I: Algemene analyse. Experimentele Versie, Gent.
- Moolenaar-Bijl, A.J., 1962, Het logopedisch aspect van de vertraagde spraakontwikkeling. In: *Aspecten van de vertraagde spraak ontwikkeling*. NVLF, Groningen.
- Mooy, A., 1975, Taal en verlangen. Lacans theorie van de psychoanalyse. Boom, Meppel.
- Morehead, D., Ingram, D., 1973, The development of base syntax in normal and linguistically deviant children. *J Speech Hear Res*, 16, 330-352.
- Muma, J., 1975, The communication game: dump and play. *J Speech Hear Disord*, 40, 296-309.
- Muma, J., 1978, Language handbook - concepts, assessment, intervention. Prentice Hall, Englewood Cliffs NY.
- Murry, T., Murry, J., 1980, Infant communication: cry and early speech. College Hill Press, Houston Texas.
- Myers, P.I., Hammill, D.D., 1969, Methods for learning disorders. John Wiley & Sons, New York.
- Nadoleczny, M., 1926a, Kurzes Lehrbuch der Sprach- und Stimmheilkunde. F.C.W. Vogel, Berlin.
- Nadoleczny, M., 1926b, Die Sprachstörungen im Kindesalter. 2e Auflage, F.C.W. Vogel, Leipzig.
- McNeill, D., 1966, The capacity for language acquisition. *Volta Rev*, 68, nr. 1, 5-21.
- Nelson, K., 1974, Concept, word and sentence: interrelations in acquisition and development. *Psychol Rev*, 81, 267-285.
- Njiokiktjien, Ch., Gobin, A., 1981, Kinderen met leerstoornissen. Handleiding bij het klinisch neurologisch onderzoek. Bunge, Utrecht.
- Noordam, N.F., 1975, Het sprookje van de wolfskinderen. *Pedag Stud*, 52, 231-234.
- Papousek, H., Papousek, M., 1975, Cognitive aspects of preverbal interaction between human infants and adults. In: *The parent-infant interaction*, O'Connor, N. (ed). Elsevier, Amsterdam.
- Parreren, C.F. van, 1979, Onderzoek van de cognitieve ontwikkeling in de Sovjetunie. In: *Overzicht van de ontwikkelingspsychologie*. Koops, W., Werff, J.J., v.d. (ed). Wolters Noordhoff, Groningen.
- Pascher, W., Bauer, H., 1984, Differentialdiagnose von Sprach-, Stimm- und Hörstörungen. Thieme Verlag, Stuttgart.
- Paulo, B.M. de, Bonvillian, J.D., 1978, The effect on language development of the special characteristics of speech addressed to children. *J Psycholinguist Res*, 7, nr. 3, 189-211.

- Peddemors-Boon, M., Meulen, S.J. van der, Vries, A.K. de, 1977, Utrechts artikulatief onderzoek. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Perelló, J., 1982, The history of the international association of logopedics and phoniatrics. 2nd Ed. I.A.L.P. 1924-1982. Editorial Augusta, S.A.
- Piaget, J., 1923, *Le langage et la pensée chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel.
- Piaget, J., 1959, *The language and thought of the child*. Routledge en Kegan Paul, Ltd, London.
- Prechtl, H.F.R., Beintema, D.J., 1964, The neurological examination of the fullterm newborn infant. *Clin in Dev Med* 12, SIMP, Heinemann Medical, London.
- Prechtl, H.F.R., 1987, Instituut voor ontwikkelingsneurologie. Personal communication. Rijksuniversiteit Groningen.
- Protor, A., 1985, Social interaction as related to language acquisition: an annotated bibliography. *Folia Phoniatri*, 37, 87-104.
- Reichle, J.E., Longhurst, T.M., Stepanich, L., 1976, Verbal interaction in mother-child dyads. *Develop Psychol*, 12, 273-277.
- Reynell, J.K., 1977, *Manual for the Reynell developmental language scales (revised)*. NFER Publishing Company, Windsor.
- Rice, M., 1978, Identification of children with language disorders. In: *Language intervention strategies*. Schiefelbusch, R.L. (ed). University Park Press, Baltimore.
- Richardson, S.O., 1983, Differential diagnosis in delayed speech and language development. *Folia Phoniatri*, 35, 66-80.
- Ricks, D.M., Wing, L., 1973, Language, communication and the use of symbols in normal and autistic children. *J Autism Childh Schizo*, 191-221.
- Rieber, R.W. (ed), 1980, *Language development and aphasia in children*. In: *New essays and a translation of Kindersprache und Aphasie*. by Emil Fröschels, Academic Press, New York.
- Rispens, J., 1974, *Auditieve aspecten van leesmoeilijkheden*. Dissertatie Rijksuniversiteit, Utrecht.
- Robinson, R.J., 1987, The causes of language disorder: introduction and overview. *Abstr First Int Symp on Specific Speech and Language Disorders in Children*. Reading, England.
- Rose, S., 1976, *The conscious brain*. Penguin, London.
- Rousseau, J.J., 1762, 1980, *Emile of over de opvoeding*. Boom, Meppel, ongewijzigde herdruk.
- Rutter, M., 1972, The effect of language delay on development. In: *The child with delayed speech*. Rutter, M., Martin, J.A.M. (ed). Heinemann, London.
- Rutter, M., Martin, J.A.M., 1972, *The child with delayed speech*. Heinemann International Medical Publications, London.
- Rutter, M., 1978, Language disorder and infantile autism. In: *Autism, a reappraisal of concepts and treatment*. Rutter, M., Schopler, E. (eds). New York.
- Sameroff, A.J., 1975, Early influences on development: fact or fancy? *Merill Palmer Quarterly*, 21, nr. 4, 267-294.
- Schaerlaekens, A.M., 1977, *De taalontwikkeling van het kind. Een oriëntatie in het Nederlandstalig onderzoek*. Wolters Noordhoff, Groningen.
- Schaffer, R., 1977, *Mothering. The developing child*. Library of Congress Cataloging in Publication Data. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Schaffer, H.R., 1978, *De sociale groei van het kind*. Callenbach, Nijkerk.
- Schain, R.J., 1977, *Neurology of childhood learning disorders*. William and Wilkins, Baltimore.
- Schiefelbusch, R.L., 1972, *Language of the mentally retarded*. University Park Press, Baltimore.

- Schiefelbusch, R.L., Lloyd, L.L., 1974, Language perspectives - acquisition, retardation and intervention. University Park Press, Baltimore.
- Schiefelbusch, R.L. (ed), Language intervention strategies. Language intervention series II. University Park Press, Baltimore.
- Schlanger, B., 1973, Mental retardation. Bobbs Merrill Company, Indianapolis.
- Schilling, R., 1956, Das kindliche Sprechvermögen. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau.
- Schutte, H.K., 1984, Spraakafwijkingen bij schisiskinderen, diagnostiek en beleid. Syllabus 'Schisis', dr. G.J. v. Hoytemastichting, 9 november.
- Schutte, H.K., 1985, Medische aspecten van stoornissen in de spraak- en taalontwikkeling. In: Spreekt u maar. Syllabus dr.G.J. van Hoytemacursus, 31 mei.
- Seeman, M., 1937, Die Bedeutung der Zwillingspathologie für die Erforschung von Sprachleiden. Arch Sprach Stimmheilkd, 1, 88.
- Shatz, M., 1982, On mechanisms of language acquisition: Can features of the communicative environment account for development? In: Language acquisition: the state of the art. Wanner, E., Gleitmann, L.R. (ed). University Press, New York.
- Sinclair-de Zwart, H., 1967, Acquisition du langage et développement de la pensée. Dunod, Paris.
- Sinclair-de Zwart, H., 1971, Sensory-motor action patterns as a condition for the acquisition of syntax. In: Language acquisition, models and methods. Huxley, Ingram (ed). Academic Press, New York.
- Sinclair-de Zwart, H., 1973, Language acquisition and cognitive development. In: Cognitive development and the acquisition of language. Moore, T., (ed). Academic Press, New York.
- Sinclair-de Zwart, H., 1975, The role of cognitive structures in language acquisition. Foundations of Language Development, Vol. 1. Academic Press, New York.
- Skinner, B.F., 1954, The science of learning and the art of teaching. Harvard Educational Review, 24, 86-97.
- Skuse, D., 1984, Extreme deprivation in early childhood, I. Diverse outcomes for three siblings from an extraordinary family. J Child Psychol Psychiatr, 25, nr. 4, 523-542.
- Skuse, D., 1984, Extreme deprivation in early childhood, II. Theoretical issues and a comparative review. J Child Psychol Psychiatr, 25, nr. 4, 543-572.
- Sloane, H.N., McAuly, B.D., 1968, Operant procedures in remedial speech and language training. Houghton Mifflin Company, Boston.
- Slobin, D.I., 1971, Psycholinguistics. Scott, Foresman and Company, Glenview, Illinois.
- Slobin, D., 1973, Cognitive prerequisites for the acquisition of grammar. In: Studies of child language development. Ferguson, C.A., Slobin, D.I. (eds). Holt, Rinehart, Winston, New York.
- Snow, C.E., 1972, Mother's speech to children learning language. J. Child Develop, 43, 549-565.
- Snow, C.E., ea 1976, Mother's speech in three social classes. J Psycholinguist Res, 5, nr. 1, 1-20.
- Snow, C.E., 1977, The development of conversation between mother's and babies. J Child Language, 4, 1-22.
- Snijders, J., Snijders-Oomen, N., 1975, Snijders-Oomen niet verbale intelligentieschaal. S.O.N. 2½-7, Tjeenk Willink, Groningen.
- Spiecker, B., 1982, De pedagogische relatie, In: Theoretische pedagogiek. Spiecker, B., Levering, B., Beekman, A.J., 1982, Boom, Meppel.
- Spiecker, B., 1983, "Kunnen" en "kennen" in de vroeg-kinderlijke ontwikkeling, Pedagog Stud, 60, 165-172.
- Stark, R.E., Tallal, P., Kallman, C., Mellitis, E.D., 1983, Cognitive abilities of language delayed children. J Psychol, 114, 9-19.
- Stelt, J., 1979, Fonetiek en spraakontwikkeling. Tijdschr Log Fon, 51, 243-257.



- Stern, C, Stern, W., 1928, 1981, *Die Kindersprache: eine psychologische und sprachtheoretische Untersuchung*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, herdruk van de vierde, opnieuw bewerkte uitgave.
- Strasser, S, 1962, *Fenomenologie en empirische menskunde*. Van Loghum Slaterus, Arnhem.
- Strasser, S., 1970, *Opvoedingswetenschap en opvoedingswijsheid*. 7e druk. Malmberg, 's Hertogenbosch.
- Swets-Gronert, F.A., 1986, *Temperament, taalcompetentie en gedragsproblemen van jonge kinderen*. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Swets-Gronert, F.A., Kohnstamm, G.A., 1986, *Vragenlijst Gedrag en Taalontwikkeling, Vakgroep Ontwikkelingspsychologie, Rijksuniversiteit Leiden*. Stichting Nederlands Instituut voor Kinderstudie, Den Haag. In: *Temperament, taalcompetentie en gedragsproblemen van jonge kinderen*. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Templin, M., 1957, *Certain language skills in children*. Institute of Child Welfare Monograph Series, nr. 26. Minneapolis.
- Tervoort, B.Th., Geest, A.J.M. v.d., Hubers, G.A.C., Prins, R.S., Snow, C.E., 1972, *Psycholinguïstiek*. Aula-boeken, 481. Spectrum, Utrecht.
- Thomas, A., Chess, S., Birch, H.G., 1968, *Temperament and behaviour disorders*. University Press, New York.
- Touwen, B.C.L., 1975, *Neurological development in infancy*. Proefschrift Rijksuniversiteit, Groningen.
- Touwen, B.C.L., 1977, *Zenuwstelsel "in uitvoering", de neurologie van het zich ontwikkelende zenuwstelsel*. Intermediair 13, 49-59.
- Touwen, B.C.L., 1979, *The neurological examination of the child with minor nervous dysfunction*. Clin In Dev Med, nr. 71, London.
- Touwen, B.C.L., Prechtl, H.F.R., 1970, *The neurological examination of the child with minor nervous dysfunction*. Clin in Dev Med 38, SIMP, Heinemann Medical, London.
- Trevarthen, C., 1979, *Communication and cooperation in early infancy: a description of primary intersubjectivity*. In: *Before speech, the beginning of interpersonal communication*. Bullowa, M. (ed). University Press, Cambridge.
- VTO-Symposium, 1986, *Onderkenning op tijd vraagt deskundigheid*. VTO-Symposium Groningen, 31 oktober 1986.
- Verhulst-Slichting, L., 1982, *Handleiding bij de voorlopige Nederlandse versie van de LARSP-profielkaart*. Utrecht.
- Vygotsky, L.S., 1962, *Thought and language*. MIT Press, Cambridge Massachusets.
- Waar, C.H. (ed), 1980, *Stem-, spraak- en taalstoornissen bij kinderen*. Stafleu, Alphen aan de Rijn.
- Waddington, C.H., 1971, *Concepts of development*. In: *The biopsychology of development*. Tobach, E., Aronson, L.R. Shaw, E. (eds). Academic Press, New York.
- Wanner, E., Gleitman, L.R., 1982, *Language acquisition: the state of the art*. Cambridge University Press, New York.
- Weiss, D.A., 1964, *Cluttering*. Prentice Hall, New Jersey.
- Wendler, J., 1980, *75 Jahre Phoniatrie*. Festschrift zu Ehren von Hermann Gutzman sr. Veröffentlichung der Humboldt Universität zu Berlin.
- Whorf, B.L., 1956, *Language, thought and reality*. Selected writings of Benjamin Lee Whorf. M.I.T. Press, Cambridge, Massachusets.
- Willemse, J., 1973, *Kinderneurologie, Capita Selecta*. Agon Elsevier, Amsterdam.
- Wing, L., 1976, *Problems of diagnosis and classification*. In: *An approach to teaching autistic children*. Everhard, M.P. (ed). Oxford.

- Wood, B.S., 1981, Children and communication: verbal and non-verbal language development. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New York.
- Wood, M.L., 1982, Language disorders in school-age children. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New York.
- Wulbert, M., Inglis, S., Kriegsmann, E., Mills, B., 1975, Language delay and associated mother-child interactions. *Develop Psychol* 11, nr. 1, 61-70.
- Wyke, M.A., 1978, Developmental dysphasia. Academic Press, London.
- Zangwill, O.L., 1978, The concept of developmental dysphasia. In: Developmental dysphasia. Wyke, M.A. (ed). Academic Press, London.



# Bijlage 1

## Checklist onderzoek interactie taalontwikkelingsstoornissen en milieu bij kinderen tussen 1;6 en 3;0 jaar

### Fase I.

- |             |                               |          |
|-------------|-------------------------------|----------|
| eerste week | - Anamnese                    |          |
|             | - Foniatisch onderzoek        |          |
|             | KNO en audiologisch onderzoek |          |
|             | Sprak- taalonderzoek          | dd. .... |

### Fase II.

- |             |        |          |
|-------------|--------|----------|
| tweede week | - HOME | dd. .... |
|-------------|--------|----------|

### Fase III

- |            |                                    |          |
|------------|------------------------------------|----------|
| derde week | - Interview met de ouders          |          |
|            | - Psychologisch onderzoek          |          |
|            | Symbolic Play                      |          |
|            | Bayley 2 - 30                      |          |
|            | ev. KSON                           |          |
|            | - Meedelen diagnose en advisering, |          |
|            | ev. advies tot nader onderzoek     |          |
|            | ( neurologisch, psychiatrisch)     | dd. .... |

### Fase IV.

- |                                                               |                                   |          |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|
| vier maanden na het meedelen van de diagnose en de advisering | - Foniatisch onderzoek            |          |
|                                                               | KNO en audiologisch onderzoek     |          |
|                                                               | Sprak- taalonderzoek              |          |
|                                                               | - evaluatie gesprek met de ouders | dd. .... |

ANAMNESE.

I. Medisch

- |                                                                             |                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 1. Zijn er klachten over de keel?                                           | 0 geen informatie<br>1 nee<br>2 ja                                          |
| 2. Zijn er klachten over de neus                                            | 0 geen informatie<br>1 nee<br>2 ja                                          |
| 3. Zijn er klachten over de oren?                                           | 0 geen informatie<br>1 nee<br>2 ja                                          |
| 4. Is uw kind aan zijn amandelen geholpen?                                  | 0 geen informatie<br>1 nee<br>2 adenotomie<br>3 adenotonsilectomie          |
| 5. Is uw kind vaak verkouden, vaker dan andere kinderen?                    | 0 geen informatie<br>1 nee<br>2 ja                                          |
| 6. Slaapt uw kind goed?                                                     | 0 geen informatie<br>1 ja<br>2 nee                                          |
| 7. Heeft uw kind ooit oorontstekingen gehad ( met doorprikken of looporen)? | 0 geen informatie<br>1 nee<br>2 ja                                          |
| 8. Zo ja, hoe vaak?                                                         | 0 geen informatie<br>1 n.v.t.<br>2 één of twee keer<br>3 drie keer of vaker |
| 9. Heeft uw kind een goede eetlust?                                         | 0 geen informatie<br>1 ja<br>2 wisselend<br>3 nee                           |

- |                                                                             |                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10. Vindt u dat uw kind op een opvallende manier eet?                       | 0 geen informatie<br>1 nee<br>2 ja                                                                                                    |
| 11. Zo ja, wat doet hij dan?                                                | 0 geen informatie<br>1 n.v.t.<br>2 niet goed doorslikken<br>3 niet goed kauwen, schrokken<br>4 niet goed kauwen, hamsteren<br>5 ..... |
| 12. Verslikt uw kind zich opvallend vaak?                                   | 0 geen informatie<br>1 nooit<br>2 soms<br>3 vaak                                                                                      |
| 13. Komt er wel eens drinken door de neus terug ( chocolademelk, soep)      | 0 geen informatie<br>1 nooit<br>2 soms<br>3 vaak                                                                                      |
| 13. Kwijlt uw kind veel?                                                    | 0 geen informatie<br>1 nooit<br>2 soms<br>3 voortdurend                                                                               |
| 14. Heeft uw kind wel eens hoge koorts en gehad, langer dan een paar dagen? | 0 geen informatie<br>1 nee<br>2 ja                                                                                                    |
| 15. Is uw kind wel eens bewusteloos geweest, bijvoorbeeld door een val?     | 0 geen informatie<br>1 nee<br>2 ja                                                                                                    |
| 16. Indien ja, hoe lang duurde deze bewusteloosheid?                        | 0 geen informatie<br>1 n.v.t.<br>2 minder dan een uur<br>3 meer dan een uur, maar minder dan een dag<br>4 meer dan een dag.           |

- |                                                      |                                    |
|------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 17. Kan uw kind blazen?                              | 0 geen informatie<br>1 ja<br>2 nee |
| 18. Kan uw kind zuigen, bijvoorbeeld met een rietje? | 0 geen informatie<br>1 ja<br>2 nee |

## II. Pedagogisch.

- |                                                                                                         |                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19. Hoe spreekt uw kind in vergelijking met leeftijdgenootjes ( uit de buurt, neefjes, nichtjes etc.) ? | 0 geen informatie<br>1 beter<br>2 net zo<br>3 slechter                                                                                                   |
| 20. Hoe spreekt uw kind in vergelijking met uw andere kinderen op deze leeftijd?                        | 0 geen informatie<br>1 n.v.t.<br>2 beter<br>3 net zo<br>4 slechter                                                                                       |
| 21. Maakt uw kind geluidjes?                                                                            | 0 geen informatie<br>1 veel geluidjes<br>2 enkele geluidjes<br>3 geen geluidjes                                                                          |
| 22. Maakt uw kind klanken?                                                                              | 0 geen informatie<br>1 veel klanken<br>2 enkele klanken<br>3 geen klanken                                                                                |
| 23. Spreekt uw kind in losse woordjes, of ook al in zinnnetjes van twee of meer woorden.                | 0 geen informatie<br>1 uitingen van meer dan twee woorden<br>2 tweewoorduitingen<br>3 éénwoorduitingen<br>4 enkele losse woordjes<br>5 geen enkel woord. |
| 23a. Komen er meer spreekproblemen in de familie voor.                                                  | 0 geen informatie<br>1 nee                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> vader, vaders familie                                                          | 2 ja, .....                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> moeder, moeders familie                                                        |                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> andere kinderen                                                                |                                                                                                                                                          |

24. Heeft uw kind moeite met bepaalde klanken?
- 0 geen informatie  
1 nee  
2 ja
25. Zo ja, welke?
- ☐ klinkers  
☐ p,b,m,f,v,w  
☐ t,d,n,l,r,s  
☐ j,g,k
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 bilabialen en labiodentalen  
3 dentalen  
4 palatalen en velaren  
5 combinaties
26. Begrijpt u altijd wat uw kind wil zeggen?
- 0 geen informatie  
1 ja  
2 soms niet  
3 vaak niet
27. Begrijpen anderen wat uw kind wil zeggen?
- 0 geen informatie  
1 ja  
2 soms niet  
3 vaak niet
28. Probeert uw kind, wanneer u hem niet begrijpt, het u op een andere manier duidelijk te maken?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 ja  
3 nee
29. Zo ja, hoe maakt uw kind u iets duidelijk.
- ☐ dingen pakken  
☐ wijzen, gebaren  
☐ ouders bij de hand nemen
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 .....
30. Wanneer u uw kind niet begrijpt en uw kind niet probeert het u duidelijk te maken op een andere manier, wat doet uw kind dan?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 huilen  
3 driftig worden  
4 zijn eigen gang gaan.  
5 combinaties.  
6 .....

31. Begrijpt uw kind alles wat er tegen hem gezegd wordt?
- 0 geen informatie  
1 ja  
2 soms  
3 nee
32. Is de ontwikkeling van het spreken van uw kind altijd al anders of trager geweest dan van andere kinderen, of zijn de problemen plotseling begonnen?
- 0 geen informatie  
1 altijd al anders  
2 eerst normaal, toe stil blijven staan  
3 plotseling begonnen, na.....  
.....
- ☐ geen duidelijk aanwijsbare reden  
☐ na ziekte  
☐ na emotionele gebeurtenis  
☐ na hersentrauma  
☐ .....
33. Heeft u geprobeerd het spreken van uw kind te stimuleren?
- 0 geen informatie  
1 ja  
2 nee
34. Bij ja, kunt u vertellen hoe u dat ongeveer doet?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 .....
- ☐ benoemen  
☐ voorlezen  
☐ liedjes zingen  
☐ na laten spreken  
☐ verbeteren  
☐ veel herhalen  
☐ .....
35. Bent u hier op eigen initiatief of op initiatief van anderen?
- 0 geen informatie  
1 eigen initiatief  
2 initiatief van anderen
- ☐ huisarts, bureauarts  
☐ specialist  
☐ familie  
☐ .....

- |                                           |                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 36. Aspect van het trommelvlies<br>rechts | 0 geen informatie<br>1 normaal aspect<br>2 afwijkend aspect.                                                                                      |
| 37. Aspect van het trommelvlies<br>links. | 0 geen informatie<br>1 normaal aspect<br>2 afwijkend aspect.                                                                                      |
| 38. Neus                                  | 0 geen informatie<br>1 niet opvallend verstopt<br>2 opvallend verstopt                                                                            |
| 39. Aspect van de lippen                  | 0 geen informatie<br>1 geen afwijkingen<br>2 gecorrigeerde lip<br>3 te korte bovenlip                                                             |
| 40. Lip-motoriek                          | 0 geen informatie<br>1 goede/voldoende beweeglijkheid<br>2 onvoldoende beweeglijkheid                                                             |
| 41. Lipsluiting                           | 0 geen informatie<br>1 goede/voldoende lipsluiting<br>2 lipsluiting is mogelijk, maar wordt<br>niet toegepast.<br>3 lipsluiting is niet mogelijk. |
| 42. Gebits- en kaakstand                  | 0 geen informatie<br>1 niet afwijkend<br>2 afwijkend                                                                                              |
| 43. Kaakbewegingen                        | 0 geen informatie<br>1 goede/voldoende beweeglijkheid<br>2 onvoldoende beweeglijkheid.                                                            |
| 44. Aspect van de tong                    | 0 geen informatie<br>1 geen afwijkingen<br>2 afwijkingen                                                                                          |
| 45. Tongmotoriek                          | 0 geen informatie<br>1 goede/voldoende beweeglijkheid<br>2 onvoldoende beweeglijkheid.                                                            |

46. Aspect van het verhemelte	0 geen informatie 1 geen afwijkingen 2 gecorrigeerd verhemelte 3 congenitaal te kort verhemelte
47. Velum-motoriek	0 geen informatie 1 goede/voldoende beweeglijkheid 2 onvoldoende beweeglijkheid
48. Beweeglijkheid van de pharynxzijwanden	0 geen informatie 1 goede/voldoende beweeglijkheid 2 onvoldoende beweeglijkheid
49. Paedoaudiologisch onderzoek rechts:	0 geen informatie 1 normaal tot subnormaal gehoor 2 licht gehoorverlies 3 matig gehoorverlies 4 ernstig gehoorverlies
Laag	
Midden	
Hoog	
Ongefilterd	
50. Paedoaudiologisch onderzoek links:	0 geen informatie 1 normaal tot subnormaal gehoor 2 licht gehoorverlies 3 matig gehoorverlies 4 ernstig gehoorverlies
Laag	
Midden	
Hoog	
Ongefilterd	
51. Tympanometrie rechts	0 geen informatie 1 normale curve, druk 0 - 99 mm H <sub>2</sub> O 2 normale curve, druk 100 - 199 mm H <sub>2</sub> O 3 normale curve, druk 200 - 250 mm H <sub>2</sub> O 4 vlakke curve
52. Tympanometrie links	0 geen informatie 1 normale curve, druk 0 - 99 mm H <sub>2</sub> O 2 normale curve, druk 100 - 199 mm H <sub>2</sub> O 3 normale curve, druk 200 - 250 mm H <sub>2</sub> O 4 vlakke curve



53. Taalbegrip

- 0 geen informatie
- 1 goed
- 2 voldoende
- 3 onvoldoende
- 4 kind doet niet mee

54. Taalproduktie

- 0 geen informatie
- 1 drie tot vijfwoorduitingen
- 2 tweewoorduitingen
- 3 eenwoorduitingen
- 4 enkele woordjes
- 5 klankproduktie, met af en toe een herkenbaar woord
- 6 klankproduktie
- 7 geen taalproduktie, kind doet niets

55. Communicatie

- 0 geen informatie
- 1 actief gebruik van zowel verbale als non-verbale communicatie
- 2 actief gebruik van non-verbale communicatie, verbale communicatie reactief
- 3 actief gebruik van non-verbale communicatie
- 4 non-verbale communicatie, voornamelijk reactief
- 5 nauwelijks of geen communicatie

INTERVIEW

56. Wat zou u voor uw kind op dit moment  
normaal vinden wat betreft het spreken?
- 0 geen informatie  
1 zinnen van meer dan twee  
woorden  
2 tweewoorduitingen  
3 eenwoorduitingen  
4 enkele woordjes
57. Wanneer hebt u voor het eerst gemerkt  
dat er iets niet goed was met het  
spreken van uw kind?
- 0 geen informatie  
1 ..... maanden
58. Sommige ouders zijn ongerust wanneer  
hun kind niet goed spreekt. Ze vragen  
zich af wat er aan de hand kan zijn.  
Hoe is dat bij u?
- 0 geen informatie  
1 niet ongerust  
2 een beetje ongerust  
3 ongerust
59. Wanneer bent u zich ongerust gaan  
maken?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 ..... maanden
60. Hebt u hier met anderen over  
gepraat?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 nee  
3 ja
61. Hoe waren de reacties?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 't komt wel goed, maak je  
maar geen zorgen  
3 wacht nog maar even, over  
een poosje laten uitzoeken  
4 je moet het laten uitzoeken  
5 tegenstrijdige reacties  
6 .....

62. Hebt u zich afgevraagd wat de oorzaak van het niet goede spreken van uw kind zou kunnen zijn?
- 0 geen informatie  
1 nee  
2 ja, te weten,.....
- ☐ karakter van het kind  
☐ erfelijke invloeden  
☐ verminderde gehoorscherppte  
☐ verminderde intelligentie  
☐ hersenbeschadiging  
☐ contactstoornis  
☐ opvoedingsfouten  
☐ andere factoren
63. Op dit moment spreekt uw kind nog niet, wat voor gevoelens roept dat bij u op?
- 0 geen informatie  
1 geen duidelijke gevoelens  
2 gevoelens van.....
- ☐ teleurstelling  
☐ irritatie  
☐ onzekerheid  
☐ ontevredenheid  
☐ tegenstrijdige gevoelens  
☐ .....
64. Sommige ouders voelen zich teleurgesteld wanneer hun kind niet goed spreekt, hoe is dat bij u?
- 0 geen informatie  
1 niet teleurgesteld  
2 een beetje teleurgesteld  
3 (erg) teleurgesteld.
65. Sommige ouders voelen zich onzeker wanneer hun kind niet goed spreekt. Ze vragen zich af hoe ze met hun kind contact moeten krijgen. Hoe is dat bij u?
- 0 geen informatie  
1 niet onzeker  
2 een beetje onzeker  
3 (erg) onzeker.
66. Sommige ouders raken geïrriteerd wanneer hun kind niet goed spreekt. Ze zouden hun kind af en toe wel door elkaar willen rammelen, Hoe is dat bij u?
- 0 geen informatie  
1 niet geïrriteerd  
2 af en toe geïrriteerd  
3 vaak geïrriteerd.

67. Er zijn ouders die het moeilijk vinden om de juiste omgangsvorm met hun niet goed sprekende kind te vinden. Hoe is dat bij u?
- 0 geen informatie  
1 niet moeilijk  
2 af en toe moeilijk  
3 moeilijk
68. Hoe maakt u aan uw kind dingen duidelijk, door erover te praten, of op een andere manier, bv. door te wijzen of te gebaren. Kortom wat moet u doen, voordat uw kind iets snapt?.
- 0 geen informatie  
1 praten, hij snapt alles  
2 wijzen, gebaren  
3 combinatie van praten, wijzen en gebaren.  
4 .....
69. Vindt u het voor DIT kind, in vergelijking met uw andere kinderen, moeilijker, net zo of gemakkelijker om de juiste aanpak te vinden?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 gemakkelijker  
3 niet anders  
4 moeilijker.
70. Denkt u dat dit samenhangt met de spreekproblemen of niet?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 hangt niet samen met het spreken  
3 hangt wel samen met het spreken.
71. Bent u voor DIT kind, in vergelijking met uw andere kinderen, toegevender in de opvoeding of niet?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 niet toegevender  
3 een beetje toegevender  
4 (veel) toegevender
72. Denkt u dat dit samenhangt met de spreekproblemen of niet?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 hangt niet samen met het spreken  
3 hangt wel samen met het spreken.
73. Bent u voor DIT kind, in vergelijking met uw andere kinderen, strenger in de opvoeding of niet?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 niet strenger  
3 een beetje strenger  
4 (veel) strenger
74. Denkt u dat dit samenhangt met de spreekproblemen of niet?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 hangt niet samen met het spreken  
3 hangt wel samen met het spreken.

75. Bent u wat betreft de opvoeding van  
DIT kind, in vergelijking met uw  
andere kinderen, vaker onzeker of  
niet?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 niet onzeker  
3 soms onzeker  
4 vaak onzeker
76. Denkt u dat dit samenhangt met de  
spreekproblemen of niet?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 hangt niet samen met het spreken  
3 hangt wel samen met het spreken.
77. Denkt u dat uw kind op dit moment  
ZELF nadelige gevolgen ondervindt  
van het feit dat het nog niet goed  
spreekt?
- 0 geen informatie  
1 nee  
2 een beetje  
3 ja
78. Bij ja of een beetje, waarom denkt  
u dat?
- ☐ wordt (gauw) driftig  
☐ is (vaak) verdrietig  
☐ trekt zich terug  
☐ .....
79. Zoekt uw kind gemakkelijk contact  
met andere kinderen of niet?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 gemakkelijk contact makend  
3 wisselend in het contact  
4 moeilijk contact makend
80. Is uw kind in het contact met andere  
kinderen actief of meer afwachtend?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 erg actief  
3 wisselend actief  
4 niet actief, afwachtend
81. Hoe reageren andere kinderen op uw  
kind?
- ☐ gaan leuk met hem om, zoeken  
contact  
☐ laten hem links liggen, vermijden  
hem  
☐ behandelen hem als baby  
☐ .....

82. Hoe is het gedrag van uw kind thuis te omschrijven? 0 geen informatie  
1 .....
- ☐ rustig, gaat zijn gang
- ☐ druk, onrustig
- ☐ snel geïrriteerd
- ☐ normaal
- ☐ .....
83. Denkt u dat uw kind zich op dit moment prettig voelt? 0 geen informatie  
1 ja  
2 soms wel, soms niet  
3 nee
84. Denkt u dat uw kind goed zal kunnen leren praten, als hij maar de juiste aandacht krijgt? 0 geen informatie  
1 ja  
2 misschien, ik hoop het  
3 nee
85. Denkt u dat er bepaalde dingen zijn, die nadelig worden beïnvloed, wanneer, mensen in het algemeen, niet of onvoldoende leren spreken? 0 geen informatie  
1 nee  
2 ja, te weten.....
- ☐ belemmering van sociale contacten
- ☐ belemmering van de cognitieve ontwikkeling
- ☐ zowel belemmering voor de sociale contacten als voor de cognitieve ontwikkeling
- ☐ .....

## EVALUATIE

86. Is het spreken van uw kind de laatste vier maanden veranderd?

- ☐ verbeterd
- ☐ verslechterd
- ☐ anders geworden
- ☐ .....

0 geen informatie  
1 nee  
2 ja, te weten.....

87. Is het gedrag van uw kind de laatste vier maanden veranderd?

- ☐ rustiger
- ☐ onrustiger
- ☐ minder gauw driftig
- ☐ driftiger
- ☐ minder vaak verdrietig
- ☐ verdrietiger
- ☐ .....

0 geen informatie  
1 nee  
2 ja, te weten.....

88. Denkt u dat dit samenhangt met de veranderingen in het spreken?

0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 hangt er niet mee samen  
3 hangt er wel mee samen

89. Is uw kind in het contact naar anderen de laatste vier maanden veranderd?

- ☐ zoekt meer contact met anderen
- ☐ zoekt minder contact met anderen
- ☐ is actiever in het contact
- ☐ is afwachtender in het contact
- ☐ .....

0 geen informatie  
1 nee  
2 ja, te weten.....

90. Denkt u dat dit samenhangt met de veranderingen in het spreken?

0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 hangt er niet mee samen  
3 hangt er wel mee samen

91. Begrijpt u op dit moment alles  
wat uw kind tegen u wil zeggen?
- 0 geen informatie  
1 ja  
2 soms niet  
3 vaak niet
92. Bent u meer of minder ongerust over  
het spreken van uw kind dan vier  
maanden geleden?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t. ( was en is niet  
ongerust)  
2 minder ongerust  
3 meer ongerust
93. Is er in de omgang met uw kind de  
laatste vier maanden iets veranderd?
- ☐ gemakkelijker  
☐ moeilijker  
☐ .....
94. Denkt u dat dit samenhangt met de  
veranderingen in het spreken?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 hangt niet samen  
3 hangt wel samen
95. Bent u in de opvoeding de laatste  
vier maanden zekerder of meer onzeker  
geworden in de opvoeding?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t. ( was en is niet  
onzeker)  
2 minder zeker  
3 zekerder
96. Denkt u dat dit samenhangt met de  
veranderingen in het spreken?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 hangt niet samen  
3 hangt wel samen
97. Bent u de laatste vier maanden strenger  
of minder streng geworden in de op-  
voeding?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t. ( was en is niet  
streng)  
2 minder streng  
3 strenger



98. Denkt u dat dit samenhangt met de veranderingen in het spreken?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 hangt er niet mee samen  
3 hangt er wel mee samen.
99. Bent u de laatste vier maanden toegevender of minder toegevend geworden in de opvoeding?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t. ( was en is niet toegevend)  
2 minder toegevend  
3 toegevender
100. Denkt u dat dit samenhangt met de veranderingen in het spreken?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 hangt niet samen  
3 hangt wel samen
101. Begrijpt uw kind alles wat er tegen hem gezegd wordt?
- 0 geen informatie  
1 ja  
2 soms niet  
3 vaak niet
102. Denkt u dat uw kind op dit moment zelf nadelige gevolgen ondervindt van zijn manier van spreken?
- 0 geen informatie  
1 nee  
2 een beetje  
3 ja
103. Bij ja, hoe merkt u dit in zijn gedrag?
- ☐ wordt ( gauw) driftig  
☐ is ( vaak) verdrietig  
☐ trekt zich terug  
.....
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 .....
104. Hoe reageren andere kinderen op uw kind?
- ☐ gaan leuk met hem om, zoeken contact  
☐ laten hem links liggen, vermijden  
☐ hem  
☐ behandelen hem als baby  
☐ .....
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 .....

105. Denkt u dat uw kind zich op dit  
moment prettig ( gelukkig) voelt?

- 0 geen informatie
- 1 ja
- 2 soms wel, soms niet
- 3 nee

SPRAAK- TAAOLONDERZOEK.

106. Taalbegrip

- 0 geen informatie
- 1 goed
- 2 voldoende
- 3 onvoldoende
- 4 kind doet niet mee

107. Taalproduktie

- 0 geen informatie
- 1 drie tot vijfwoorduitingen
- 2 tweewoorduitingen
- 3 eenwoorduitingen
- 4 enkele woordjes
- 5 klankproduktie met af en toe  
een herkenbaar woord
- 6 klankproduktie
- 7 geen taalproduktie, kind doet niets

108. Communicatie

- 0 geen informatie
- 1 actief gebruik van zowel verbale  
als non-verbale communicatie
- 2 actief gebruik van non-verbale  
communicatie, verbale communicatie  
reactief
- 3 actief gebruik van non-verbale  
communicatie
- 4 non-verbale communicatie reactief
- 5 nauwelijks of geen communicatie

# MEDISCH ONDERZOEK

109. Aspect van het trommelvlies  
rechts

- 0 geen informatie
- 1 normaal aspect
- 2 afwijkend aspect

110. Aspect van het trommelvlies  
links

- 0 geen informatie
- 1 normaal aspect
- 2 afwijkend aspect

111. Paedoaudiologisch onderzoek  
rechts:

- 0 geen informatie
- 1 normaal tot subnormaal gehoor
- 2 licht tot matig gehoorverlies
- 3 ernstig gehoorverlies

Laag

Midden

Hoog

Ongefilterd

112. Paedoaudiologisch onderzoek  
links:

- 0 geen informatie
- 1 normaal tot subnormaal gehoor
- 2 licht tot matig gehoorverlies
- 3 ernstig gehoorverlies

Laag

Midden

Hoog

Ongefilterd

113 Tympanometrie rechts

- 0 geen informatie
- 1 norm. curve, P 0 - 99 mm H<sub>2</sub>O
- 2 norm.curve, P 100-199 mm H<sub>2</sub>O
- 3 norm.curve, P 200-250 mm H<sub>2</sub>O
- 4 vlakke curve
- 5

114. Tympanometrie links

- 0 geen informatie
- 1 norm.curve, P 0 - 99 mm H<sub>2</sub>O
- 2 norm.curve, P 100-199 mm H<sub>2</sub>O
- 3 norm.curve, P 200-250 mm H<sub>2</sub>O
- 4 vlakke curve
- 5

ANAMNESE.

I. Medisch

- |                                                                             |                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 1. Zijn er klachten over de keel?                                           | 0 geen informatie<br>1 nee<br>2 ja                                          |
| 2. Zijn er klachten over de neus                                            | 0 geen informatie<br>1 nee<br>2 ja                                          |
| 3. Zijn er klachten over de oren?                                           | 0 geen informatie<br>1 nee<br>2 ja                                          |
| 4. Is uw kind aan zijn amandelen geholpen?                                  | 0 geen informatie<br>1 nee<br>2 adenotomie<br>3 adenotonsilectomie          |
| 5. Is uw kind vaak verkouden, vaker dan andere kinderen?                    | 0 geen informatie<br>1 nee<br>2 ja                                          |
| 6. Slaapt uw kind goed?                                                     | 0 geen informatie<br>1 ja<br>2 nee                                          |
| 7. Heeft uw kind ooit oorontstekingen gehad ( met doorprikken of looporen)? | 0 geen informatie<br>1 nee<br>2 ja                                          |
| 8. Zo ja, hoe vaak?                                                         | 0 geen informatie<br>1 n.v.t.<br>2 één of twee keer<br>3 drie keer of vaker |
| 9. Heeft uw kind een goede eetlust?                                         | 0 geen informatie<br>1 ja<br>2 wisselend<br>3 nee                           |

- |                                                                          |                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10. Vindt u dat uw kind op een opvallende manier eet?                    | 0 geen informatie<br>1 nee<br>2 ja                                                                                                    |
| 11. Zo ja, wat doet hij dan?                                             | 0 geen informatie<br>1 n.v.t.<br>2 niet goed doorslikken<br>3 niet goed kauwen, schrokken<br>4 niet goed kauwen, hamsteren<br>5 ..... |
| 12. Verslikt uw kind zich opvallend vaak?                                | 0 geen informatie<br>1 nooit<br>2 soms<br>3 vaak                                                                                      |
| 13. Komt er wel eens drinken door de neus terug ( chocolademelk, soep)   | 0 geen informatie<br>1 nooit<br>2 soms<br>3 vaak                                                                                      |
| 13. Kwijlt uw kind veel?                                                 | 0 geen informatie<br>1 nooit<br>2 soms<br>3 voortdurend                                                                               |
| 14. Heeft uw kind wel eens hoge koorts gehad, langer dan een paar dagen? | 0 geen informatie<br>1 nee<br>2 ja                                                                                                    |
| 15. Is uw kind wel eens bewusteloos geweest, bijvoorbeeld door een val?  | 0 geen informatie<br>1 nee<br>2 ja                                                                                                    |
| 16. Indien ja, hoe lang duurde deze bewusteloosheid?                     | 0 geen informatie<br>1 n.v.t.<br>2 minder dan een uur<br>3 meer dan een uur, maar minder dan een dag<br>4 meer dan een dag.           |

- |                                                      |                                    |
|------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 17. Kan uw kind blazen?                              | 0 geen informatie<br>1 ja<br>2 nee |
| 18. Kan uw kind zuigen, bijvoorbeeld met een rietje? | 0 geen informatie<br>1 ja<br>2 nee |

## II. Pedagogisch.

- |                                                                                                        |                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19. Hoe spreekt uw kind in vergelijking met leeftijdsgenootjes (uit de buurt, neefjes, nichtjes etc.)? | 0 geen informatie<br>1 beter<br>2 net zo<br>3 slechter                                                                                                  |
| 20. Hoe spreekt uw kind in vergelijking met uw andere kinderen van deze leeftijd?                      | 0 geen informatie<br>1 n.v.t.<br>2 beter<br>3 net zo<br>4 slechter                                                                                      |
| 21. Maakt uw kind geluidjes?                                                                           | 0 geen informatie<br>1 veel geluidjes<br>2 enkele geluidjes<br>3 geen geluidjes                                                                         |
| 22. Maakt uw kind klanken?                                                                             | 0 geen informatie<br>1 veel klanken<br>2 enkele klanken<br>3 geen klanken                                                                               |
| 23. Spreekt uw kind in losse woordjes, of ook al in zinnnetjes van twee of meer woorden?               | 0 geen informatie<br>1 uitingen van meer dan twee woorden<br>2 tweewoorduitingen<br>3 éénwoorduitingen<br>4 enkele losse woordjes<br>5 geen enkel woord |
| 24. Komen er spreekproblemen in de familie voor?                                                       | 0 geen informatie<br>1 nee<br>2 ja, .....                                                                                                               |
- ☐ vader, vaders familie  
☐ moeder, moeders familie  
☐ andere kinderen

25. Heeft uw kind moeite met bepaalde klanken?
- 0 geen informatie  
1 nee  
2 ja
26. Zo ja, welke?
- ☐ klinkers  
☐ p,b,m,f,v,w  
☐ t,d,n,l,r,s  
☐ j,g,k
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 bilabialen en labiodentalen  
3 dentalen  
4 palatalen en velalen  
5 combinaties
27. Begrijpt u altijd wat uw kind wil zeggen?
- 0 geen informatie  
1 ja  
2 soms niet  
3 vaak niet
28. Begrijpen anderen wat uw kind wil zeggen?
- 0 geen informatie  
1 ja  
2 soms niet  
3 vaak niet
29. Probeert uw kind, wanneer u hem niet begrijpt, het u op een andere manier duidelijk te maken?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 ja  
3 nee
30. Zo ja, hoe maakt uw kind u iets duidelijk?
- ☐ dingen pakken  
☐ wijzen, gebaren  
☐ ouders bij de hand nemen
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 .....  
3 .....  
4 .....  
5 .....  
6 .....
31. Wanneer u uw kind niet begrijpt en uw kind niet probeert het u duidelijk te maken op een andere manier, wat doet uw kind dan?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 huilen  
3 driftig worden  
4 zijn eigen gang gaan  
5 combinaties  
6 .....

32. Begrijpt uw kind alles wat er tegen hem gezegd wordt?
- 0 geen informatie  
1 ja  
2 soms  
3 nee
33. Heeft u geprobeerd het spreken van uw kind te stimuleren?
- 0 geen informatie  
1 ja  
2 nee
34. Bij ja, kunt u vertellen hoe u dat ongeveer doet?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 .....
- ☐ benoemen  
☐ voorlezen  
☐ liedjes zingen  
☐ na laten spreken  
☐ verbeteren  
☐ veel herhalen  
☐ .....

#### INTERVIEW

35. Er zijn ouders die het moeilijk vinden om de juiste omgangsvorm met hun kind te vinden.  
Hoe is dat bij u?
- 0 geen informatie  
1 niet moeilijk  
2 af en toe moeilijk  
3 moeilijk
36. Hoe maakt u aan uw kind dingen duidelijk, door erover te praten, of op een andere manier, b.v. door te wijzen of te gebaren. Kortom wat moet u doen, voordat uw kind iets snapt?
- 0 geen informatie  
1 praten, hij snapt alles  
2 wijzen, gebaren  
3 combinatie van praten, wijzen en gebaren  
4 .....
37. Vindt u het voor DIT kind, in vergelijking met uw andere kinderen, moeilijker, net zo of gemakkelijker om de juiste aanpak te vinden?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 gemakkelijker  
3 niet anders  
4 moeilijker



38. Bent u voor DIT kind, in vergelijking met uw andere kinderen, toegevender in de opvoeding of niet?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 niet toegevender  
3 een beetje toegevender  
4 (veel) toegevender
39. Bent u voor DIT kind, in vergelijking met uw andere kinderen, strenger in de opvoeding of niet?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 niet strenger  
3 een beetje strenger  
4 (veel) strenger
40. Bent u wat betreft de opvoeding van DIT kind, in vergelijking met uw andere kinderen, vaker onzeker of niet?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 niet onzeker  
3 soms onzeker  
4 vaak onzeker
41. Zoekt uw kind gemakkelijk contact met andere kinderen of niet?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 gemakkelijk contact makend  
3 wisselend in contact  
4 moeilijk contact makend
42. Is uw kind in het contact met andere kinderen actief of meer afwachtend?
- 0 geen informatie  
1 n.v.t.  
2 erg actief  
3 wisselend actief  
4 niet actief, afwachtend
43. Hoe reageren andere kinderen op uw kind?
- ☐ gaan leuk met hem om, zoeken contact
- ☐ laten hem links liggen, vermijden hem
- ☐ behandelen hem als baby
- .....

44. Hoe is het gedrag van uw kind thuis te omschrijven?
- ☐ rustig, gaat zijn gang
  - ☐ druk, onrustig
  - ☐ snel geïrriteerd
  - ☐ normaal
  - ☐ .....
- 0 geen informatie  
1 .....
45. Denkt u dat uw kind zich op dit moment prettig voelt?
- 0 geen informatie  
1 ja  
2 soms wel, soms niet  
3 nee
46. Denkt u dat er bepaalde dingen zijn, die nadelig worden beïnvloed, wanneer, mensen in het algemeen, niet of onvoldoende leren spreken?
- ☐ belemmering van sociale contacten
  - ☐ belemmering van de cognitieve
  - ☐ ontwikkeling
  - ☐ zowel belemmering voor de sociale
  - ☐ contacten als voor de cognitieve
  - ☐ ontwikkeling
  - ☐ .....
- 0 geen informatie  
1 nee  
2 ja, te weten .....
47. Wat vindt u voor een kind tussen 2 en 3 jaar normaal wat betreft het spreken?
- 0 geen informatie  
1 zinnen van meer dan twee woorden  
2 tweewoorduitingen  
3 éénwoorduitingen  
4 enkele woordjes
48. Zou u zich ongerust maken wanneer uw kind nog niet of nauwelijks zou spreken?
- 0 geen informatie  
1 niet ongerust  
2 een beetje ongerust  
3 ongerust

49. Aan wat voor oorzaken zou u denken, wanneer kinderen niet goed tot spreken komen?
- ☐ karakter van het kind
  - ☐ erfelijke invloeden
  - ☐ verminderde gehoorscherppte
  - ☐ verminderde intelligentie
  - ☐ hersenbeschadiging
  - ☐ contactstoornis
  - ☐ opvoedingsfouten
  - ☐ andere factoren
- 0 geen informatie  
1 te weten .....  
2 .....
50. Sommige ouders voelen zich teleurgesteld wanneer hun kind niet goed spreekt, zou dat bij u ook zo zijn?
- 0 geen informatie  
1 niet teleurgesteld  
2 een beetje teleurgesteld  
3 (erg) teleurgesteld
51. Sommige ouders voelen zich onzeker wanneer hun kind niet goed spreekt. Ze vragen zich af hoe ze met hun kind contact moeten krijgen. Zou dat bij u ook zo zijn?
- 0 geen informatie  
1 niet onzeker  
2 een beetje onzeker  
3 (erg) onzeker
52. Sommige ouders raken geïrriteerd wanneer hun kind niet goed spreekt. Ze zouden hun kind af en toe wel door elkaar willen rammelen, zou dat bij u ook zo zijn?
- 0 geen informatie  
1 niet geïrriteerd  
2 af en toe geïrriteerd  
3 vaak geïrriteerd

# Bijlage 2

## Vragenlijst gedrag en taalontwikkeling 2- en 3-jarigen

Rijksuniversiteit Leiden  
Vakgroep Ontwikkelingspsychologie  
Leiden

NIK, Stichting Nederlands  
Instituut voor Kinderstudie  
Den Haag

### GEDRAG en TAAOntwikkeling van uw kind

de naam van uw kind \_\_\_\_\_ uw naam: \_\_\_\_\_  
geboortedatum van uw kind: \_\_\_\_\_ geslacht: vrouw/man  
geslacht van uw kind: meisje/jongen geboortedatum: \_\_\_\_\_  
adres: \_\_\_\_\_  
telefoonno.: \_\_\_\_\_  
invuldatum: \_\_\_\_\_

#### Instructie:

Hieronder staan allemaal meningen die ouders over hun kinderen hebben kunnen. De vraag is telkens of u zo'n mening delen kunt. Denkt u óók zo over uw kind? Met de cijfers geeft u aan hoe sterk uw eigen mening overeenkomt met wat er staat afgedrukt - of er juist van afwijkt.

#### Voorbeeld

#### Mijn kind maakt meestal een tevreden indruk

1	2	3	4	5	6	7
erg mee oneens; dat gaat voor mijn kind hele- maal niet op						erg mee eens; dat is precies zoals ik mijn kind zie

Als u het met deze uitspraak helemaal eens bent omcirkelt u de 7.

Als u daarentegen vindt dat uw kind juist meestal een ontevreden indruk maakt omcirkelt u de 1.

De andere cijfers gebruikt u wanneer uw mening over uw kind tussen deze twee uitersten inligt: dichterbij de 7 bent u het meer met de mening eens, en dichterbij de 1 bent u het meer met de mening oneens.

Wilt u nu de volgende vragen beantwoorden?

Omcirkel steeds het antwoordcijfer dat volgens u het beste past bij uw kind.

1. Ik vind het makkelijk om mijn kind nieuwe dingen te leren

1	2	3	4	5	6	7
erg mee oneens						erg mee eens

2. Mijn kind begrijpt meer woorden dan de meeste kinderen van zijn/haar leeftijd

1	2	3	4	5	6	7
erg mee oneens						erg mee eens

3. Mijn kind praat al in hele zinnen

1	2	3	4	5	6	7
erg mee oneens						erg mee eens

4. Mijn kind kan heel goed duidelijk maken wat hij/zij wil

1	2	3	4	5	6	7
erg mee oneens						erg mee eens

5. Mijn kind stelt voortdurend vragen over van alles en nog wat

1	2	3	4	5	6	7
erg mee oneens						erg mee eens

6. Mijn kind steekt snel nieuwe woorden op

1	2	3	4	5	6	7
erg mee oneens						erg mee eens

7. Soms maak ik mij zorgen over of mijn kind wel nieuwe dingen kan leren

1	2	3	4	5	6	7
erg mee oneens						erg mee eens

8. Ik vind het dikwijls moeilijk om te begrijpen wat mijn kind mij probeert te zeggen

1	2	3	4	5	6	7
erg mee oneens						erg mee eens

9. Mijn kind maakt de indruk mij goed te begrijpen

1	2	3	4	5	6	7
erg mee oneens						erg mee eens

10. Soms maak ik mij zorgen over dat mijn kind nog zo weinig praat

1	2	3	4	5	6	7
erg mee oneens						erg mee eens

11. Mijn kind wordt dikwijls boos op mij

1	2	3	4	5	6	7
erg mee oneens						erg mee eens

12. Mijn kind is dikwijls dwars en moeilijk in toom te houden

1	2	3	4	5	6	7
erg mee oneens						erg mee eens

13. Het lijkt wel alsof mijn kind zich altijd narigheid op de hals haalt, of het nou binnen is of buiten

1	2	3	4	5	6	7
erg mee oneens						erg mee eens

14. Mijn kind raakt dikwijls van streek als hij/zij met een oppas wordt achtergelaten

1	2	3	4	5	6	7
erg mee oneens						erg mee eens

15. Mijn kind is over het algemeen verlegen en bangelijk

1	2	3	4	5	6	7
erg mee oneens						erg mee eens

16. Als er vreemde mensen in de kamer zijn vindt mijn kind het leuk naar ze toe te gaan (en ze een handje te geven)

1	2	3	4	5	6	7
erg mee oneens						erg mee eens

17. Mijn kind lijkt zich prettig te voelen in gezelschap.

1	2	3	4	5	6	7
erg mee oneens						erg mee eens

18. Hoe reageert uw kind gewoonlijk op vreemde mensen?

1	2	3	4	5	6	7
reageert altijd positief			vindt het de ene keer wel leuk en de andere keer niet of het laat haar/hem altijd koud			reageert altijd afwerend of angstig

19. Hoe vindt uw kind het gewoonlijk om in een nieuwe omgeving te komen?

1	2	3	4	5	6	7
reageert altijd positief			vindt het de ene keer wel leuk en de andere keer niet of het laat haar/hem altijd koud			reageert altijd afwerend of angstig

20. Hoe goed schikt uw kind zich na verloop van tijd in nieuwe omstandigheden (zoals bij vraag 18 en 19)

1	2	3	4	5	6	7
erg goed, vindt het op den duur altijd best			schikt zich ongeveer even vaak wel als niet			houdt er bijna al- tijd een hekel aan

21. Hoe makkelijk raakt uw kind van streek?

1	2	3	4	5	6	7
raakt haast nooit van streek, ook niet bij dingen, waarbij de meeste an- dere kinderen wél van streek raken			gewoon, als andere kinderen			raakt erg vlug van streek; ook bij dingen waarvan an- dere kinde- ren zich niets aan- trekken

22. Hoe reageert uw kind op verstoringen en veranderingen in het dagelijks ritme, bijvoorbeeld als u onverwacht weg moet of als u met hem/haar op vakantie gaat?

1	2	3	4	5	6	7
erg positief raakt niet van streek			gewoon, als andere kinderen			erg nega- tief, raakt erg van streek

23. Hoe actief is uw kind in het algemeen?

1	2	3	4	5	6	7
erg kalm erg rustig			gewoon, als andere kinderen			erg actief en energiek

24. Hoeveel keer per dag - gemiddeld - windt uw kind zich op of is het prikkelbaar gedurende kortere of langere perioden?

1	2	3	4	5	6	7
nooit	1-2 k. per dag	3-4 k. per dag	5-6 k. per dag	7-9 k. per dag	10-14 k. per dag	meer dan 15 keer



25. Hoe vaak huilt uw kind in het algemeen of windt zich op?

1	2	3	4	5	6	7
erg weinig veel minder dan andere kinderen			gewoon als andere kinderen			erg veel, veel meer dan andere kinderen

26. Hoe reageert uw kind als u hem/haar aankleedt?

1	2	3	4	5	6	7
heel goed; vindt het prettig, leuk			gewoon, kan het niet schelen			houdt daar helemaal niet van

27. Hoe regelmatig is uw kind met inslapen, doorslapen en wakker worden?

1	2	3	4	5	6	7
erg regel- matig, al- leen kleine dagelijkse verschillen			gewoon als andere kinderen			erg wisse- lend, grote dagelijkse verschillen

28. Hoe makkelijk of moeilijk slaapt uw kind 's avonds in?

1	2	3	4	5	6	7
slaapt altijd direct in			slaapt de ene avond wel direct in en de andere keer niet			ligt door- gaans langer dan 1 uur wakker, roept, huilt of komt uit bed elke avond bij in bed stoppen

29. Slaapt uw kind de hele nacht door of wordt hij/zij wel eens wakker?

1	2	3	4	5	6	7
wordt 's nachts nooit wakker			wordt wel eens wakker			wordt 's nachts regelmatig wakker of langer dan 1 uur wak- ker

30. Hoe vaak neemt u uw kind bij u in bed of slaapt u in zijn/haar bed?

1	2	3	4	5	6	7
slaapt altijd alleen in eigen bed			komt wel eens voor			komt regel- matig voor; gehele of grootste deel van de nacht

31. Hoe dikwijls ziet of hoort u dat uw kind blij is en pret heeft?

1	2	3	4	5	6	7
heel dikwijls, vaker dan andere kinderen			gewoon, als andere kinderen			erg zelden, veel minder dan andere kinderen

32. In wat voor stemming verkeert uw kind meestal?

1	2	3	4	5	6	7
erg tevreden en vrolijk			neutraal; niet bedrukt en ook niet vrolijk			altijd een beetje bedrukt

33. Hoe veranderlijk is de stemming van uw kind?

1	2	3	4	5	6	7
verandert zelden; of verandert heel ge- leidelijk			gewoon			verandert dikwijls en snel van stemming

34. Hoe dikwijls moet u uw kind in de gaten houden op andere momenten dan bij het eten, het wassen en in bad doen enz.?

1	2	3	4	5	6	7
erg weinig, veel minder dan andere kinderen			gewoon, als andere kinderen			erg veel, veel meer dan andere kinderen

35. Als u uw kind duidelijk gemaakt hebt dat hij/zij van bepaalde dingen moet afblijven kan hij/zij die dingen dan met rust laten?

1	2	3	4	5	6	7
gaat er bijna nooit mee door			soms wel, dan weer niet			kan er bijna nooit van af- blijven

36. Als u uw kind duidelijk gemaakt heeft ergens niet naar toe te gaan ("kom hier", "nee-nee") probeert hij/zij het dan toch telkens weer?

1	2	3	4	5	6	7
zelden of nooit			soms wel dan weer niet			bijna altijd

37. Als u het druk heeft en uw kind wil toch dat u haar/hem aandacht geeft, hoe sterk blijft zij/hij dan om aandacht doorzeuren?

1	2	3	4	5	6	7
zeurt helemaal niet door			probeert het wel, maar houdt na een tijdje op			is heel vasthoudend en zal alles doen om toch die aandacht te krijgen

38. Kunt u aangeven hoe moeilijk andere moeders of vaders het in het algemeen met uw kind zouden hebben?

1	2	3	4	5	6	7
erg ge- makkelijk			gewoon; de normale probleempjes			heel moeilijk

39. Kunt u aangeven hoe moeilijk u het zelf in het algemeen met uw kind heeft?

1	2	3	4	5	6	7
erg ge- makkelijk			gewoon; de normale probleempjes			heel moeilijk



Titel proefschrift: GESPREKSPARTNERS?. Taalontwikkelingsstoornissen  
als pedagogisch probleem, een verkenning.

S.M. Goorhuis-Brouwer

promotiedatum: 14 april 1988

Promotores: Prof.dr. A.F. Kalverboer

Prof.dr. J.D. Imelman

Referent: Dr. H.K. Schutte

Promotiecommissie:

Prof.dr. J. Rispens

Prof.dr. W. Molenaar

Prof.dr. P.E. Hoeksema.

## SAMENVATTING

Onderwerp van studie in dit proefschrift is het niet of nauwelijks spreken van kinderen in de leeftijd van ca. anderhalf tot drie jaar. De meeste kinderen zullen in deze leeftijdsperiode al actief met het spreken zijn begonnen. Het onderwerp van studie betreft dus - naar het schijnt - kinderen met een taalontwikkelingsstoornis.

In hoofdstuk I wordt de rol en de functie van de taal in het algemeen beschreven. De gesproken taal maakt gebruik van een tekensysteem, waardoor mensen zich los kunnen maken uit de ogenblikkelijke beleving. Taalgebruik geeft mensen een bepaalde relatie met de wereld en met andere mensen. De periode van de non-verbale communicatie lijkt een voorbereidende fase te zijn, zowel op het spreken en de taalhantering in bredere zin als op de opvoeding.

In hoofdstuk II wordt het verschijnsel 'taalontwikkelingsstoornis' vanuit historisch perspectief belicht. De Tweede Wereldoorlog is niet alleen een politieke kwestie geweest; grote invloed is ook uitgegaan naar de manier waarop men zich met het vak 'taalontwikkelingsstoornissen' bezighield. Voor de Tweede Wereldoorlog probeerde men taalontwikkelingsstoornissen te begrijpen vanuit het analyseren van beïnvloedende factoren. Na de Tweede Wereldoorlog kwam, althans in het Westen, het accent geleidelijk aan meer te liggen op het analyseren van taalpatronen.

In hoofdstuk III worden de factoren behandeld die volgens de medische, psychologische en psycholinguïstische literatuur van invloed kunnen zijn op het verloop van de spraak- en taalontwikkeling van een kind.

In hoofdstuk IV worden de mogelijke, in de literatuur genoemde, gevolgen van taalontwikkelingsstoornissen bij kinderen besproken op het gedrag van het kind, op de leerprestaties van het kind en op de opvoedingsrelatie tussen ouders en kind.

In hoofdstuk V zijn vragen en uitgangspunten voor onderzoek geformuleerd. Vanuit de huidige stand van zaken met betrekking tot het verschijnsel taalontwikkelingsstoornis, willen we het niet of nauwelijks spreken van jonge kinderen ondanks, een naar het schijnt normaal gehoor en normale intelligentie - 'audimutitas' - begrijpen vanuit de aard van de problematiek zelf, vanuit de factoren die de taalontwikkelingsstoornis zouden kunnen beïnvloeden of veroorzaken, en vanuit de situatie waarin de taalontwikkelingsstoornis zich voordoet.

#### De aard van de taalproblematiek

Om de taalontwikkelingsstoornis van een jong kind te kunnen kenschetsen is door middel van een taalanalyse nagegaan hoe het taalbegrip, de taalproduktie en het taalgebruik er uit zien. Het taalbegrip is nagegaan door het kind verbale opdrachten te geven en te zien hoe deze uitgevoerd worden (Reynell Developmental Language Scales). De taalproduktie is onderzocht door alle spontane uitingen die het kind in de onderzoekssituatie uitte - zo deze aanwezig waren - op te tekenen en vervolgens te analyseren. Het taalgebruik is nagegaan door in de onderzoekssituatie een analyse te maken van alle verbale en non-verbale communicatieve uitingen van het kind. Ook is er bekeken of er een samenhang bestaat tussen begrip, produktie en het gebruik van taal.

### De factoren die de taalontwikkelingsstoornis zouden kunnen beïnvloeden of veroorzaken

Alle kinderen uit de onderzoeksgroep zijn volgens een vast medisch-psychologisch/pedagogisch onderzoeksprotocol onderzocht. Het medisch onderzoek richt zich op het gehoor en op de anatomische aspecten en functionele mogelijkheden van de spraakorganen. Ook wordt de neurologische ontwikkeling van het kind gescreend. Via psychologisch/-pedagogisch onderzoek wordt getracht te ontdekken hoe het staat met de non-verbale cognitieve ontwikkeling van het kind, met de emotionele ontwikkeling en met de mate waarin de situatie thuis stimulerend is voor de taalontwikkeling.

### De situatie waarin de taalontwikkelingsstoornis zich voordoet

Kinderen leven in een sociale omgeving. Ze hebben ouders of verzorgers en vaak komen ze, door die ouders of verzorgers, ook in aanraking met leeftijdgenootjes. We zijn daarom geïnteresseerd in de effecten van een taalontwikkelingsstoornis op de interactieprocessen in die sociale omgeving. We willen weten in hoeverre een taalontwikkelingsstoornis invloed heeft op de interactie tussen ouders en kind. Dit is nagegaan door aan de ouders te vragen wat hun visie is op het gedrag van het kind thuis en door de perceptie die de ouders hebben op de omgang tussen henzelf en hun kind te analyseren. Het gedrag van het taalgestoorde kind in de omgang met leeftijdgenootjes is eveneens nagegaan door aan de ouders hun visie hierop te vragen. De controlegroep bestaat uit 'normaal' sprekende kinderen in de leeftijd van anderhalf tot drie jaar.

Het onderzoek is te omschrijven als een verkenning. De relatie tussen taalontwikkeling, gedrag en opvoeding is dermate gecompliceerd dat nog slechts de eerste stappen gezet kunnen worden om een taalontwikkelingsstoornis als pedagogisch probleem te onderzoeken en om aspecten van de relatie tussen taalontwikkeling, gedrag en opvoeding te verduidelijken.



In hoofdstuk VI worden de resultaten besproken. De gegevens zijn waar mogelijk non-parametrisch verwerkt.

Mede ook na de discussie in hoofdstuk VII zijn de resultaten als volgt weer te geven:

- Kinderen die niet of nauwelijks spreken in de leeftijd van ca. anderhalf tot drie jaar komen weinig voor. Ze maken ongeveer 10% uit van het totaal aantal taalgestoorde kinderen in de leeftijd van nul tot zes jaar. Driemaal zoveel jongens als meisjes kampen met dit probleem en nader onderzoek is gewenst naar zowel de verschillen tussen aanleg als naar verschillen in verwachtingspatronen van ouders, om de getallen verhouding tussen jongens en meisjes te kunnen verklaren.
- De taalstoornis 'audimutitas' betekent dat kinderen met elkaar gemeen hebben dat ze niet of nauwelijks spreken, maar dat de mate van taalbegrip en de manier waarop het verbale en non-verbale taalgebruik (de pragmatiek) zich heeft ontwikkeld, kan sterk variëren. Daarnaast zijn er verschillende situaties en omstandigheden van medische en psychologisch-pedagogische aard die kunnen leiden tot deze taalontwikkelingsstoornis. Nader onderzoek is gewenst naar de betekenis van de taalbegripsontwikkeling in relatie tot factoren die van invloed kunnen zijn of zelfs als oorzaak aangemerkt zouden kunnen worden. Ook lijkt nader onderzoek gewenst naar de taalbegripsontwikkeling in relatie tot de prognose van een taalontwikkelingsstoornis.
- Ouders merken dat kinderen een niet goed verlopende spraak- en taalontwikkeling hebben. Globaal genomen kan gezegd worden dat ouders tussen één en twee jaar tolerant staan ten opzichte van niet-spreken ("het mag nog", "het komt nog wel"), maar dat ze vinden dat er tussen

twee en drie jaar toch wel wat aan gedaan moet worden. Ouders hechten veel belang aan een goede spraak- en taalontwikkeling, omdat ze deze zien als voorwaarde voor de sociale en cognitieve ontwikkeling.

Wanneer het spreken onvoldoende op gang komt, ontstaan emoties als machteloosheid, verdriet en angst. Deze emoties werken op belangrijke wijze door in hun optreden naar en hun beleving van het kind.

- Ouders van taalgestoorde kinderen proberen de taalontwikkeling van hun kind te stimuleren, maar doen dit op een andere manier dan ouders van goed sprekende kinderen. Het lijkt erop dat de interactie tussen ouders en kind van dien aard is dat het kind zijn eigen - weinig stimulerende - omgeving ook voor een deel zelf creëert. Nader onderzoek hieromtrent is gewenst.
- De taalgestoorde kinderen zelf gedragen zich alleen wat betreft hun taalgebruik en hun contact naar leeftijdgenootjes anders dan andere kinderen. Taalgestoorde kinderen communiceren meer dan andere kinderen met wijzen, gebaren en ouders bij de hand nemen. Daarnaast maken ze moeilijker en minder actief contact met leeftijdgenootjes. Wat betreft de 'stemming' (zich prettig voelen, frequentie van boos of dwars zijn, slaapritme) zijn er geen verschillen.
- Ouders ervaren de opvoeding van taalgestoorde en niet-taalgestoorde kinderen niet als wezenlijk anders. De gegevens uit het onderzoek doen echter vermoeden dat dit niet overeenkomt met de werkelijkheid. Wij baseren dit op het feit dat vier maanden na diagnose en advisering ouders van taalgestoorde kinderen, mede op basis van veranderd (taal)gedrag, de omgang met hun kind opeens gemakkelijker vinden verlopen. Nader onderzoek naar de aard en het verloop van de pedagogische relatie bij beide groepen kinderen is gewenst.

Slotopmerking:

Taalontwikkelingsstoornissen laten ouders en kinderen niet onberoerd. Ze zijn ingebed in de communicatieve situatie en niet alleen 'iets van het kind'. In de klinische praktijk vragen ouders van taalgestoorde kinderen om advies, ze willen een bepaalde behandeling gerealiseerd zien en willen weten wat de prognose is. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat we ons bij het uitbrengen van een advies niet kunnen beperken tot een bepaalde diagnostische benadering. We hebben, naast talige verschijnselen en beïnvloedende factoren, te maken met ouders die weliswaar een subjectieve beleving hebben van de taalproblematiek van hun kind, maar deze subjectieve beleving is ondertussen een factor die in niet geringe mate de vorm en inhoud van de interactie, de pedagogische atmosfeer en de pedagogische praktijk bepaalt.

